

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE MINTER UFSC/UNOCHAPECÓ E ASSOCIADAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

GLORIANA FRIZON

**OS FAMILIARES NA SALA DE ESPERA DE UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: SENTIMENTOS REVELADOS E
EXPECTATIVAS DE CUIDADO**

Florianópolis/SC
2009

GLORIANA FRIZON

**OS FAMILIARES NA SALA DE ESPERA DE UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: SENTIMENTOS REVELADOS E
EXPECTATIVAS DE CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

**Florianópolis/SC
2009**

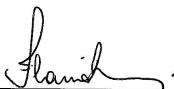
GLORIANA FRIZON

**OS FAMILIARES NA SALA DE ESPERA DE UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: SENTIMENTOS REVELADOS E EXPECTATIVAS
DE CUIDADO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

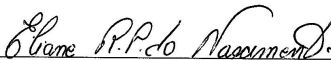
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

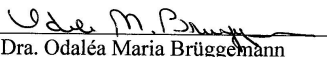
Banca Examinadora:



Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro

Dra. Coleta Rinaldi Althoff
Membro Suplente

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Membro Suplente

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

Vários foram os incentivos que recebemos para a conclusão deste trabalho e de mais esta etapa de nossas vidas, mas em algumas ocasiões as barreiras foram maiores ainda. Obrigado às pessoas que de alguma forma nos deram forças para prosseguir.

A **Deus** pelo seu amor incondicional e fidelidade, grande lei que nos guarda e nos acompanha em cada momento de nossas vidas.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, professores e funcionários, pela oportunidade de formação, por suas contribuições e orientações.

Aos **familiares** dos pacientes autores principais deste estudo, que permitiram a obtenção destes dados, o meu muito obrigado;

A Orientadora **Dra. Profa Eliane** pelo sua dedicação, orientação a quem admiro tanto, pela presença genuína, pelo incentivo, disponibilidade e dedicação.

Aos membros da Banca Examinadora **Dra. Odaléia; Dra. Juliana; e Doutoranda Lisnéia**, por terem participado, pois com certeza seus conhecimentos contribuíram para o enriquecimento deste estudo;

Aos meus pais Ermildo e Maria que me ensinaram a encontrar a felicidades nas coisas simples da vida;

Aos amigos **Cristina, Evaldo**, pelo carinho e incentivo;

Ao **Lucas** pela ajuda ao transcrever as entrevista;

Ao amado e companheiro **Alexandre** pela compreensão de minha ausência e por todo o carinho e apoio durante a caminhada;

Ao meu grande presente que a vida me deu **Betina** por me “acompanhar” nessa conquista;

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho.

Muito obrigada!

FRIZON, Gloriana. **Os familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva**: sentimentos revelados e expectativas de cuidado. 2009. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Trata-se de um estudo que teve como objetivo conhecer, quais os sentimentos e expectativas de cuidados, dos familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antes da visita. O estudo se deu em duas etapas: a primeira, através de uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre o tema família em UTI adulto, com foco nos sentimentos dos familiares relacionados a internação. A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados LILACS e BDENF e constituíram o corpus documental 20 artigos. A segunda etapa se constituiu de uma pesquisa de campo qualitativa do tipo exploratório descritiva com foco nos sentimentos e expectativas dos familiares, cujo cenário foi a UTI de um hospital público, da região oeste de Santa Catarina. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista estruturada com 18 familiares. Os resultados dessa dissertação, são apresentados de acordo com a Resolução 001/PEN/2008 de 10 de julho de 2008, na qual determina que os resultados apresentados deverão ser na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*. Um artigo refere-se a pesquisa de revisão bibliográfica e o outro a pesquisa de campo. A revisão bibliográfica revelou que o tema predominante nos estudos foi comunicação/informação e os sentimentos referidos pelos familiares foram: o difícil acesso a informação, o tempo restrito de visita, sentimentos de medo, ansiedade, desconfiança, o pouco diálogo com a equipe, informações transmitidas de maneira confusa. Para o tratamento dos dados do estudo de campo, foram utilizados as figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo. Os discursos foram organizados em quatro temas: os sentimentos dos familiares relacionados a internação dos pacientes na UTI, os sentimentos na espera para entrar na unidade de terapia intensiva, a relação da equipe de enfermagem e aos familiares, necessidades dos familiares na sala de espera. As famílias ao terem seu familiar hospitalizado na UTI, sentem como sendo um momento desesperador, muito difícil, devido ao isolamento que a hospitalização acomete. O momento que antecede o horário de visita é referido pelos familiares como angustiante e o pior momento do dia, devido a pouca ou nenhuma informação referente ao seu familiar e por não saber como encontrá-lo. Os familiares apontaram como necessidade na sala de espera, ter informações sobre as condições do seu familiar doente e ampliar o horário de visitas. Este estudo reforça a necessidade da equipe de saúde da UTI, em particular da enfermagem, considerar o familiar do paciente em UTI como sujeito de cuidado, como cliente com inúmeras necessidades em especial a necessidade de informação, diálogo, respeito aos seus sentimentos.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva, família, sala de espera, enfermagem.

FRIZON, Gloriana. **The Family in the waiting room of an intensive care unit:** revealed feelings and expectations of care. 2009. 87f. Dissertation (Masters in Nursing) - Universidade Federal de Santa Catarina, Post Graduate Nursing Program, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Research Lines: The care and the process of living, being healthy and getting sick.

ABSTRACT

This is a study which its main purpose was to understand what feelings and caring expectations from family members of patients placed in an Intensive Care Unit (ICU), before visiting them. The study was performed in two stages: the first, through a survey of literature on the subject of Family In adult ICU, focusing on feelings of family members related to the hospitalization. The Literature review was conducted on the databases LILACS and BDENF, and they composed the documentary corpus in 23 articles. The second stage consisted of a qualitative field research of an exploratory descriptive kind, focused on feelings and expectations of family members which took place in the ICU of a public hospital in Western Santa Catarina. In order to collect data, It was necessary to use a structured interview with 18 family members. The results of this dissertation are presented in accordance with the Resolution 001/PEN/2008 July 10, 2008 which states that the results should be presented in the form of at least 2 manuscripts/articles. An article refers to the Literature review research and the other refers to the field research. The Literature review, revealed that the main issues in the studies were communication/information; and the feelings expressed by the family members were: the difficulty on accessing information, restricted time of visit, feelings of fear, anxiety, mistrust, lack of dialogue with the personnel, information provided in a confusing way. For processing data of the studies field, methodological tools of “Discurso do Sujeito Coletivo” were used. The Speeches were organized in four subjects: The feelings of the family members related to the hospitalization in ICU, their feelings on waiting for the hospitalization in ICU, the relationship between the nursing personnel and the family, the family needs in the waiting room. Having their relatives hospitalized in ICU, they feel as a very deseperating and difficult moment, due to the isolation which hospitalization entails. The preceding moment of the visit is referred by the relatives as anguishing and the worst part of the day due to poor or absence of information regarding the family member and for not knowing how to find Him/Her. The relatives noted as necessities in the waiting room, having information on the sick relative’s conditions and expanding visit time. This study reinforces the necessity of the ICU health care team, (of the nursing personnel in particular), in considering the patient’s relative in ICU as a care needing individual, a client with several necessities, (mainly informational needs), dialogue and respect for their feelings.

Descriptors: Intensive Care Unit, family, waiting room, nursing.

FRIZON, Gloriana. **Los Familiares en La Sala de Espera de uma Unidad de Cuidados Intensivos**: Sentimientos Revelados y expectativas de cuidado. 2009. 87f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Posgrado en Enfermería, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Línea de Pesquisa: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

RESUMEN

Se Trata de un estudio que tuvo como objetivo conocer cuales los sentimientos y expectativas de cuidados de los familiares de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados (UCI), antes de la visita. El estudio tuvo lugar en dos etapas: la primera, por medio de una pesquisa de revisión bibliográfica sobre el tema familia en UCI adulto, con foco en los sentimientos de los familiares en relación a la internación. La revisión bibliográfica fue realizada en base a datos LILACS y BDENF y constituyeron el corpus documental 23 artículos. La segunda etapa se constituyó en una pesquisa de campo cualitativa del tipo exploratoria descriptiva con foco en los sentimientos y expectativas de los familiares cuyo escenario fue la UCI de un hospital público, de la región oeste de Santa Catarina. Para la reunión de datos fue utilizada la entrevista estructurada con 18 familiares. Los resultados de esa disertación son presentados en conformidad con la Resolución 001/PEN/2008 de 10 de julio de 2008, en la cual determina que los resultados presentados deberán ser el la forma de en mínimo 2 manuscritos/artículos. Un artículo se refiere a la pesquisa de revisión bibliográfica y el otro a la pesquisa de campo. La revisión bibliográfica demostró que el tema predominante en los estudios fue la comunicación/información y los sentimientos referidos por los familiares fueron: el difícil acceso a la información, el tiempo restringido de visitas, sentimientos de miedo, ansiedad, desconfianza, el poco diálogo con el personal, informaciones transmitidas de manera confusa. Para el tratamiento de los datos de estudio de campo, fueron utilizadas las figuras metodológicas del Discurso del Sujeto Colectivo. Los discursos fueron organizados en cuatro temas: los sentimientos de los familiares relacionados a la internación del paciente en UCI, los sentimientos en espera para entrar en la unidad de cuidados intensivos, la relación del personal de enfermería y los familiares, necesidades de los familiares en la sala de espera. Las Familias cuando tienen un familiar hospitalizado en la UCI, sienten como un momento desesperante, muy difícil, debido al aislamiento que la hospitalización acomete. El momento que antecede al horario de visitación es referido por los familiares como de angustia y el peor momento del día, por la poca o ninguna información a lo que se refiere a su familiar y por no saber encontrarlo. Los familiares apuntaron como necesidad en la sala de espera, tener informaciones sobre las condiciones de su familiar enfermo y ampliar el horario de visitas. do seu familiar doente e ampliar o horário de visitas. Este estudio refuerza la necesidad del personal de salud de la UCI, en particular de enfermería, considerar el familiar del paciente en UCI como sujeto de cuidado, como cliente con innumerables necesidades, en especial la necesidad de información, de dialogo, respeto a sus sentimientos.

Descriptores: Unidad de Cuidados Intensivos, familia, sala de espera, enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 METODOLOGIA	31
2.1 Tipo de pesquisa.....	31
2.2 Cenário do estudo.....	32
2.3 Participantes do estudo.....	33
2.4 A coleta de dados	34
2.5 Análise dos dados.....	35
2.6 Aspectos éticos.....	36
3 RESULTADOS APRESENTADOS	38
3.1 Artigo 1 – A família no contexto da Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura	38
3.2 Artigo 2 – Os Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados e expectativas do cuidado	49
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
Apêndice A – Roteiro para entrevista com os familiares na sala de espera da UTI.....	72
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
Anexo A – Instrução Normativa 001/PEN/2008.....	74
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da UFSC.....	76
Anexo C – Instrução aos Autores – Revista Enfermagem UERJ	78
Anexo D – Instrução aos Autores – Revista Brasileira de Enfermagem.....	83
Anexo E – Confirmação do envio do artigo para a REBEn	88

1 INTRODUÇÃO

A especialidade de terapia intensiva é considerada uma especialidade jovem ou recente. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), surgiram no Brasil na década de 70, num momento de ascensão político-econômico do país identificado como *milagre econômico* que, no contexto, privilegiava um modelo econômico concentrador de renda e uma política voltada à modernização e ao desenvolvimento, o que repercutiu no setor da Saúde em que a expansão se deu às custas da ação do Estado. Neste mesmo período tivemos o avanço tecnológico provenientes do primeiro mundo, possibilitando o aprimoramento de imagem e métodos de diagnóstico e conseqüentemente o tratamento. Seu processo de implantação e implementação em nível nacional foi lento e substanciado de forma mais consistente pelas práticas americanas na área da atenção à saúde (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2005).

O nível de cuidados em UTI pode ser considerado o mais complexo e avançado dentro da hierarquia hospitalar. Dentre as finalidades deste ambiente de cuidado está a promoção e a recuperação completa ou parcial de pessoas com comprometimento agudo de saúde (ORLANDO, 2001). As UTIs são locais que requerem profissionais médicos e de enfermagem capacitados cientificamente bem como habilidade e destreza para a realização de procedimentos que, em muitos momentos, representam a diferença entre a vida e a morte.

As UTIs de um modo geral são percebidas por pacientes e familiares e mesmo por alguns profissionais de saúde, de outras especialidades, como setores de sofrimento, angústia, frios e pouco receptivos. A filosofia de humanização das UTI representa um grande avanço para a mudança desta percepção. Entretanto, este processo de “humanização” ainda é pouco percebido, pois a estrutura física e organizacional da maioria das UTI ainda atende a conveniência dos profissionais de saúde, não atendendo as necessidades e prioridades do paciente e de seus familiares (SOARES, 2007).

As estruturas físicas não adequadas na maioria das UTI são geradoras de angústia e estresse. Os equipamentos utilizados para a efetivação dos cuidados são de alta tecnologia, mas promovem poluição visual e emitem sons que geram desconforto ao paciente, seus familiares e conseqüentemente para a equipe de enfermagem. Atualmente observa-se o elevado número de profissionais com distúrbios psicossociais, caracterizando em Síndrome de Burnout, e usuários e familiares cada

vez mais insatisfeitos com o serviço oferecido nas instituições. Durante o estar com o usuários e familiares, não se observa referencia negativa em relação as tecnologias e serviço técnico, muito pelo contrário são relatados elogios, porém, frente ao ser humano enfermeiro e equipe de saúde, muitas são as queixas, que vão desde a simples falta de informações até o afastamento e desrespeito a privacidade do outro (OLIVEIRA *et al*, 2003).

Sobre esta questão Koizumi; Kamiyama; Freitas, *apud* Leite, Vila, (2005), referem que em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves, sujeitos as mudanças súbitas no estado geral, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares. Assim, são necessários recursos físicos e humanos disponíveis, que facilitem a avaliação constante do paciente, proporcionando subsídios fundamentais para a atuação da equipe, permitindo a efetividade da assistência prestada. Os fatores estressantes, individualmente, variam em relação às percepções vivenciadas. Explicar a real utilidade e como funciona a UTI é de fundamental importância para minimizar os fatores agressivos do ambiente para os familiares e pacientes.

A enfermagem acompanhou a evolução histórico-estrutural da saúde-doença no mundo, inclusive antes de sua profissionalização no século XIX, posicionando-se dentro de uma linha mais humanística e teve uma boa contribuição de áreas correlatas das ciências humanas, como a filosofia, a antropologia, a psicologia e a sociologia. A enfermagem seguiu nessa linha de formação, até mesmo como forma de tornar independente do saber médico tecnicista, as suas ações de cuidado. Porém o cotidiano do trabalho de alta complexidade na UTI, resultante das gravidades dos usuários, leva os profissionais de enfermagem a atuarem de forma automatizada, gerando uma ação tecnicista afastando-os cada vez mais do ser cuidado (LE MOS; ROSSI, 2002).

A esse respeito, Cunha e Zagonel (2006) referem que ao realçar as tecnociências no dia-a-dia de sua atuação, os profissionais da equipe de enfermagem vivenciam a redução das relações interpessoais tornando-as obsoletas, afastando-se do ser e supervalorizando a doença.

Agindo de forma mecânica, muitas vezes arbitrária, impedem a efetivação do desejo e necessidade do paciente e familiares. Alguns profissionais referem-se ao espaço físico não adequado, como justificativa para não manter a presença de um acompanhante ao lado do

paciente, permitindo que permaneça por períodos curtos junto ao paciente, períodos esses estabelecidos na maioria das vezes pela própria enfermagem. Algumas rotinas instituídas, geralmente atendem as necessidades institucionais e ou da enfermagem e não as dos pacientes e familiares, como as relativas ao banho de leito, refeições, horário de visita, número de visitantes por paciente, entre outros.

Para Urizzi e Corrêa (2007), o modo de agir de muitos profissionais que atuam nas UTIs reproduzem a idéia de que a família é "algo mais", não sendo concebida como foco de atenção da equipe.

Frente a este contexto entende-se que nos locais de espera por notícias e para visitar o seu familiar hospitalizado na UTI, seja numa sala de visita estruturada ou em corredores, deve permear ações de respeito, de valorização do sofrimento do outro, de informações, enfim, de ações humanizadas, mediadas pelo diálogo dos profissionais de saúde e familiares.

A hospitalização de uma pessoa em uma UTI é um momento geralmente difícil para os familiares, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que, também, envolvem as suas perspectivas de vida. Além dessas incertezas a constante expectativa do risco de morte, as rotinas rígidas de visita, a pouca informação e comunicação da equipe de saúde com o paciente e familiares são fatores geradores de angústia e sofrimento para a família do paciente hospitalizado em UTI.

Em relação à família, Montefusco *et al.* (2008), a define como sendo uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem em um espaço de tempo, unidos por laços consangüíneos, laços de afetividade, de interesse e/ou doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente e influenciada socioeconômica e culturalmente. Admitem ainda que familiar é quem seus membros consideram como tal. Ressaltam que a família é uma unidade complexa com as mais diferentes necessidades, interesses, contradições e com forte influência nos comportamentos de saúde.

O fato de recebermos carinho, afeto, atenção, dentre outros, de nossos familiares, durante nosso ciclo vital, nos leva a criar um vínculo, ou de certa forma dependência, necessidade de estar próximo, prestar e receber cuidados ou simplesmente ouvir uma voz que acalenta nossos anseios, preocupações, medos e dúvidas. Isso, nos torna vulneráveis a falta do familiar principalmente quando a razão desse afastamento é a doença grave, hospitalização em um hospital e principalmente em uma UTI.

Para Nascimento (2003), familiar é a pessoa com quem o doente mantém laços afetivos, mas que pode ter ou não com eles laços de consanguinidade. É aquela pessoa em que o doente confia que deseja ter ao seu lado, que o conforta, motiva, que lhe dá segurança. Essa pessoa precisa ter uma relação dialógica com os trabalhadores de enfermagem, para ser ajudada a enfrentar melhor o desafio de ter um familiar internado na UTI.

Ao se referir, sobre a família, Boehs (2004), enfatiza que a sua definição ultrapassa a linha de sua composição de pai, mãe, filho, trata-se de uma relação afetiva, de interesse comum, respeitando um ambiente com regras, valores e um ciclo harmonioso.

Neste sentido a família excede as relações consanguíneas, sendo ainda considerada a instituição mais antiga da sociedade. É esse ambiente que promove a satisfação das necessidades básicas das pessoas, o desenvolvimento da personalidade e da socialização. É uma unidade social bastante complexa e a diversidade dos aspectos que a envolvem faz reconhecer que pouco se sabe de sua realidade. Neste estudo entende-se como família um grupo de pessoas unidas por laço consanguíneo e/ou laços afetivos e por familiar o membro que compõe essa família.

O comportamento e as relações dos integrantes do núcleo familiar deixam transparecer as dificuldades que enfrentam e suas preocupações com a manutenção da vida familiar. O afastamento do convívio da família, em decorrência da hospitalização, fragiliza as emoções do paciente e seus familiares. Concordo com Nascimento (2003), quando refere-se à família como extensão do paciente, com quem ele contava nos vários momentos de sua vida, e que agora com a internação é afastado do seu convívio, por imposição das rotinas do serviço, geralmente rígidas.

A família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde, doença do seu familiar. Elsen et al. (1994), ao referirem sobre a importância da família para o “doente”, identificam a família como a primeira a observar a mudança no humor e disposição de seus membros e a desempenhar as primeiras ações no sentido de aliviar os sintomas ou tratá-los. Afirmam ser a família, quem faz a avaliação inicial da saúde de seus membros e que toma as primeiras providências sobre os cuidados de saúde que o indivíduo necessita. No entanto, Nascimento (2003) refere que quando essa pessoa, por diferentes motivos, necessita hospitalizar-se, especificamente, numa UTI, o que ocorre primeiramente é o afastamento dessa família do convívio do ser que encontra-se em estado grave ou com alto risco de complicação de

suas condições de saúde. As informações aos familiares, geralmente, são limitadas, a separação do doente de sua família é praticamente imposta pelas circunstâncias criadas pela internação, expressões como: “aguardem um momento, não podemos atendê-los agora,” são comumente ouvidas pelos familiares.

A relação entre enfermagem e família deve ter por objetivo o seu bem-estar. A relação deve propiciar a família perceber na enfermagem possibilidades de ajuda e de suporte. Uma enfermagem acessível, perceptiva, disponível e preparada para atender as necessidades referidas pelos familiares relacionadas à experiência com a internação em um ambiente crítico de cuidado é uma enfermagem que percebe a família também como foco do cuidado e não como apêndice do seu familiar doente (NASCIMENTO, 2003).

O fato de conviver com a possibilidade da morte e da ruptura da família, diferentes sentimentos e reações distintas ocorrem no ambiente familiar durante o período vivido. É importante ressaltar que a equipe de enfermagem deve assumir características que permitam conhecer a realidade familiar e a sua forma de enxergar a hospitalização, remarcando particularidades (BOEHS, 2004).

Para Soares (2007), a forma de a família ver a enfermidade pode ser influenciada por fatores tais como: estágio da vida familiar; o papel desempenhado por essa pessoa no lar; as implicações que o impacto da doença causa em cada indivíduo; modo como ela se organiza durante o período de doença. Todos estes fatores afetam diretamente o nível de estresse dos familiares.

No momento em que o familiar passa a vivenciar sentimentos próprios de quem tem um familiar hospitalizado na UTI, percebe-se a sua fragilidade enquanto ser humano através da exteriorização de seus sentimentos. O enfermeiro deve através da relação intersubjetiva com a família ter sensibilidade, capacidade de escuta e empatia para ajudá-la nesta difícil vivência.

A hospitalização é um tema abordado durante várias décadas nas literatura nacional e estrangeira, como episódio estressante. Em virtude da gravidade da saúde a família sente a necessidade de estar próximo ao seu familiar/usuário, acompanhando o processo de tratamento e cuidado nesse ambiente hospitalar.

Milanési et al, (2006, p.769) definem que:

O hospital é um ambiente onde se estabelecem várias relações de características peculiares, que podem resultar em sentimentos, atitudes e comportamentos diferentes dependendo da maneira como cada um enfrenta as situações do cotidiano. A organização do trabalho no hospital estabelece

normas e rotinas específicas e determina as ações da equipe de saúde aos usuários desse serviço.

Neste contexto a equipe de enfermagem encontra-se em uma situação difícil pela qual deve optar, em alguns casos, em assistir o usuário na sua integralidade e necessidade e/ou em atender a demanda institucional na qual está vinculada, exercendo uma ação não condizente, muitas vezes, com seus valores pessoais e profissionais.

No estudo realizado por Pinho e Souza (2007), as autoras observaram que o trabalho e a dialética da produção de saúde na UTI estão emaranhados em uma complexa teia em que estão envolvidas relações humanas, que direta ou indiretamente, influenciam no cuidado prestado pela equipe de enfermagem a pacientes e familiares acompanhantes que vivenciam o processo saúde doença na UTI.

Entende-se que as relações estabelecidas entre trabalhadores e instituição organizacional parecem influenciar, em maior ou menor grau, na qualidade do atendimento prestado, assim como no conhecimento do profissional acerca do processo saúde e doença na UTI. O desvelamento dessa realidade está no sentido de promover a constante reflexão e transformação do contexto assistencial de cuidados intensivos por parte da equipe de enfermagem e de familiares acompanhantes.

Motta (2004), relata que a hospitalização influencia no modo de vida dos indivíduos envolvidos. A doença e a hospitalização são geradores de ansiedade e desorganização da percepção, em que ficar doente é uma fatalidade que abala os sentimentos do ser humano e, por vezes, gera desorganização e confusão familiar.

A esse respeito, Bonfim, Bastos e Carvalho (2007), citam que quando um membro da família é hospitalizado ou fica doente, o equilíbrio e os papéis ocupados por cada um são afetados. A doença grave precipita a desestruturação familiar e eclodem antigos conflitos que permaneciam latentes. A situação de crise vivida pelos familiares de pacientes internados em UTI pode ser exemplificada pela desorganização das relações interpessoais devido ao isolamento do paciente, problemas financeiros e medo da perda da pessoa amada

Boehs (2004) refere que o fato da família conviver com a possibilidade da morte e da ruptura familiar, diferentes sentimentos e reações distintas ocorrem diante do período vivido. A preocupação é constante e os parentes procuram organizar-se de forma que possam compreender e interpretar a existência da doença. Isto redefine o cotidiano diante dos diferentes estágios que o membro adoentado se encontra. É possível dizer que o indivíduo quando adoece perde a interação com seus familiares, desestruturando-se nos seus aspectos

físicos, mentais e psicológicos..

A família e a equipe de enfermagem são consideradas instituições. Em assim sendo, sofrem pressões e atritos que movimentam, dilatam e contraem suas estruturas. Por sua vez, profissionais buscam realizar seu trabalho com tempo determinado com o objetivo de restaurar o corpo físico como também prestar assistência ao dinamismo da família que necessita de esclarecimentos, incentivo, além de apoio psicológico (BOEHS, 2004).

A esse respeito Schneider *et al.* (2008) enfatizam que a informação oferecida ao familiar é muito importante. O familiar precisa estar seguro de que a pessoa internada receberá toda a assistência de que necessita. Por outro lado, a equipe parece não saber como transmitir essa segurança, tanto no que se refere ao tipo de informação que poderá ser dada, como sobre os cuidados prestados. A ansiedade e a desconfiança inicial do familiar e do doente são resultados da própria situação de internação sendo amenizadas por meio das informações dadas

Nesse momento a equipe tem a oportunidade de oferecer, de forma peculiar, apoio à família. Explicando e descrevendo as condições de saúde do paciente, antes que ela chegue à beira do leito, a equipe pode prepará-la para esta experiência frequentemente difícil.

As relações, segundo Waldow (2001), ocorrem entre pessoas com ou sem laços consangüíneos, com envolvimento afetivos a partir de um momento de solidariedade e respeito.

Para Motta (2004), as pessoas constroem-se na relação com o outro e com o ambiente no qual estão inseridos, revelando os significados da dimensão existencial, ao longo do processo evolutivo do desenvolvimento da sua vida no dia-a-dia.

Para Jussani, Serafim e Marcon (2007), a partir da compreensão da forma como as pessoas vivem, dos valores que carregam consigo e de suas percepções acerca do mundo, podemos, enquanto profissionais da área da saúde, com maior facilidade e eficiência contribuir para o alcance de seu bem-estar. Interferem neste bem-estar os relacionamentos que as pessoas mantêm entre si, e as influências destes relacionamentos em suas vidas, pois desde o nascimento até a morte, o ser humano participa de uma trama interpessoal que o molda: a sua rede social. A rede micro-social de que todo ser humano faz parte contribui sobremaneira para a construção de si mesmo, da sua visão de mundo e de suas práticas sociais.

Em um estudo sobre o significado cultural do cuidado em UTI, a pesquisadora observou que o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares foi formal, burocrático e, sobretudo,

despersonalizado; observou que o diálogo com a família foi superficial, que o enfermeiro estava ausente a maior parte do tempo, e que os outros funcionários da unidade evitavam o contato com os familiares (MARUITI; GALDEANO, 2007).

A interação entre o enfermeiro e a família dos pacientes que busca ajuda ocorre num processo acessível através da comunicação, sendo que ambos comportam-se de acordo com seu modo próprio de reagir diante de cada situação, com sentimentos, emoções, ansiedades e preconceitos.

Em um estudo realizado por Matsuda et al. (2002), as autoras relatam que a relação de ajuda que se estabelece com o indivíduo, a orientação não diretiva, enseja que a atenção não se focalize sobre o problema da pessoa, mas sobre a própria pessoa, ou melhor, sobre o seu crescimento, desenvolvimento, maturidade, seu melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida.

Concordo com Rodrigues (2000), o qual trás que a comunicação com a finalidade de ajuda deve ser dirigida para identificar as necessidades da pessoa que apresenta problemas, para ajudá-la a tomar consciência e examinar todos os fatos envolvidos na situação e para encontrar as suas próprias soluções. O atendimento individualizado entre enfermeiro e família de paciente internado em UTI proporciona a comunicação e interação entre ambos, gerando uma relação de respeito e confiança.

No momento em que o familiar passa a vivenciar sentimentos próprios de quem tem um familiar hospitalizado na UTI, percebe-se a fragilidade do ser humano através da valorização dos seus sentimentos e comportamento. Para Ribeiro (2004), o choro pode representar medo, tristeza ou raiva ao ser informado sobre a gravidade da saúde daquele paciente.

Assim, o familiar pode reagir, frente a uma situação que põe em risco seu familiar, diferentemente, e por isso considera-se a interação entre familiares e enfermagem de fundamental importância para que os mesmos possam sentir-se envolvidos com este novo ambiente que passa a fazer parte de seu cotidiano.

Segundo Beck (2001, p. 126), Muitos familiares quando estão à beira do leito permanecem assustados, com medo de tocar no doente. Outros até se controlam para não chorar. Estas reações demonstram a importância de orientações prévias elementares sobre o que virão como devem se comportar e como poderão se expressar, para estabelecer com seu familiar um encontro terapêutico, no qual o familiar possa ter sua angústia amenizada e o paciente possa sentir-se amado, valorizado e cuidado.

O fato de o familiar estar informado sobre o estado de saúde do cliente, como ele irá encontrá-lo e o porquê de tanta aparelhagem, influencia diretamente no seu modo de agir, permitindo com que o relacionamento paciente, família e enfermeiro seja mais flexível. Para o enfermeiro, estar ciente sobre os sentimentos dos familiares durante este período permite que o mesmo saiba agir de maneira harmônica com estes, independente da situação vivenciada.

Nesse sentido, situações consideradas relevantes no cotidiano tornam-se estressantes em momentos de espera nos diversos ambientes hospitalares. Acredita-se que nestes locais de espera de notícias deve permear ações humanizadas. Então é importante viabilizar um ambiente acolhedor, onde tenha um relógio que oriente as pessoas, bem como quadros com cores alegres que transmitam suavidade ao ambiente; músicas relaxantes, profissionais que os acolham, prestando-lhe informações sobre o ambiente e o paciente e esclarecendo-lhe as dúvidas.

Cabe ao enfermeiro, assim como aos demais membros da equipe, reconhecer o comportamento cultural, social e religioso da família. O comportamento religioso é um fator que influencia diretamente no modo de agir e sentir de cada indivíduo. Para muitos familiares, a religiosidade e fé estão intimamente relacionadas ao poder de cura. Tal concepção é muito comum, pois se verifica, constantemente, a disponibilidade de padres, pastores ou qualquer indivíduo que represente poder religioso, conduzindo bênçãos, confissões, apoio aos clientes internados, especialmente, os que se encontram em estado crítico.

Alguns familiares também trazem, para a UTI, amuletos, imagens, pois é através da fé e da crença que visualizam o processo de cura. A UTI tem por rotina, somente permitir como utensílio do paciente, material de higiene, todavia, a equipe multiprofissional deve ser flexível a certos desejos, os quais podem influenciar diretamente o psicológico do cliente e seus familiares, interferindo verdadeiramente no processo de cura.

Concorda-se com Nascimento e Martins (2002), que abrir as portas da UTI para que os familiares tragam utensílios pessoais é considerado humanização, pois torna o ambiente “gélido” mais aconchegante. Toda pessoa tem cultura, crença e valores, e que ao se instalar um desequilíbrio físico ou emocional servem para resgatar este equilíbrio, seja através de roupas, amuletos, florais e outros.

Cabe ressaltar que na possibilidade da morte fica evidente neste período a fragilidade da família. Desta forma, deve-se possibilitar a entrada de utensílios de tamanho, valor e consistência armazenáveis

considerados importantes para a recuperação do paciente. Assim, essa conduta poderá gerar uma interação benéfica ao profissional, familiar e paciente.

Sabe-se então que o nível de preocupação familiar pode variar de acordo com o grau de conhecimento que a mesma possui. Ou seja, uma pessoa totalmente leiga nas questões hospitalares vai sentir-se totalmente dependente do atendimento da equipe que cuida de seu familiar. Contudo, uma pessoa que possui algum conhecimento sobre o âmbito hospitalar irá interagir junto com a equipe de saúde, discutindo questões norteadoras sobre o tratamento do seu familiar.

No entanto, algumas vezes, o fato do familiar saber mais detalhadamente sobre o estado de saúde do cliente poderá gerar insegurança mediante aos potenciais riscos que ele passa. Estar ciente dos riscos confirma a possibilidade de um desfecho não tão feliz e isso fragiliza a família. Nesse momento tão delicado, é oportuno refletir sobre a grande valia da humanização no atendimento aos familiares.

Conforme Villa e Rossi (2002), agir de forma adequada, com palavras sinceras, simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a humanização do cuidado. Assim, a participação do enfermeiro junto aos familiares, além de possibilitar a visita mais tranquila aos pacientes internados na UTI, envolve o fornecimento de informações precisas favorecendo o contato com a realidade.

Cabe então enfatizar a importância da atuação do enfermeiro na sala de espera, fornecendo informações acessíveis sobre a UTI, seus equipamentos, a equipe e especialmente o estado de saúde do paciente a ser visitado. Entretanto, mesmo sendo imprescindível este apoio, denuncia Villa e Rossi, (2002), o diálogo com os familiares é restrito, raramente o enfermeiro acompanha o momento de angústia da família.

Acredita-se, que familiares informados sobre a UTI, tornam-se mais flexíveis, além de sentirem-se mais valorizados, colaborando com a equipe e prestando apoio psicológico para seu familiar que se encontra na UTI. Assim viabilizado, o trabalho da equipe de saúde pode acontecer de maneira condizente com a finalidade do assistir que é, o bem estar do paciente e familiar.

No estudo realizado por Matumoto, Mishima e Fortuna (2007), o acolhimento no aspecto das relações enfermagem/família/paciente pode configurar um elemento que contribua para o processo de mudança de modelo assistencial humanizado, sendo o caminho para a interação o diálogo. Também propõem, as autoras, uma reflexão frente à alteridade nas relações de acolhimento. Alteridade, palavra que refere-se à

aceitação das diferenças, aprender com o diferente, ser responsável pelo outro.

Corroborar-se com Rossi e Lima (2005), quando enfocam que o sentido de acolher os indivíduos está na abordagem construtiva e dialógica nas interações entre o enfermeiro e o usuário. Sendo que essas interações podem conduzir a um acolhimento através do diálogo, que se faz de forma simples e diretiva, prevalecendo a autonomia do usuário. Entende-se aqui o familiar também como usuário

Correa, Sales e Soares (2002) referem que uma relação de acolhimento realizada pelos profissionais frente as famílias dos usuários hospitalizado em UTI, exige um comprometimento de autenticidade, ressaltando neste sentido que não se trata de exigir que o enfermeiro seja um super-profissional, mas sim de ter atitudes condizentes com a situação apresentada.

O acolhimento requer mudança de cultura, necessita de um encontro entre enfermeiros, pacientes e família e pressupõe escuta, olhar aberto e amoroso. O profissional de saúde deve desenvolver uma capacidade de conhecer e saber reconhecer emoções. Essa capacidade diminui as possibilidades de conflito, pois abre caminhos para a comunicação com o outro (CUNHA, ZAGONEL, 2006).

Entretanto, a estratégia do acolhimento é uma ação implantada visando oferecer serviço de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos, que em uma sala de espera de uma UTI deve ser vista como essencial para o bem assistir do familiar que nela permanece, valorizando a subjetividade atendendo as suas necessidades, fornecendo-lhes tranquilidade e segurança, dando resposta aos seus chamados.

Estabelecer vínculo enfermagem-família/paciente é uma forma de amenizar o isolamento social que a hospitalização acomete, bem como auxiliar na reestruturação biopsicossocial do paciente e conseqüentemente da família. Agir perante a família de forma a ajudá-la em seus anseios, não devem dificultar o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem, que geralmente alega a falta de tempo para a subjetividade do cuidado, e certamente deixará o paciente e a família satisfeitos, percebendo a proximidade da relação (NASCIMENTO, 2003).

A falta de informação e a dúvida frente à evolução da situação clínica constituem importante fator de angústia em pacientes e seus familiares. A dúvida normalmente causa preocupação e ansiedade nos familiares, que esperam angustiados o momento da visita para verem o seu familiar doente e de preferência, receberem boas notícias. Nesse caso, entende-se por boas notícias, informações relacionadas à melhora

do estado clínico do paciente, ao aumento da probabilidade de cura e à diminuição do risco de morte (MARUITI; GALDEANO, 2007).

O fato dos familiares estarem informados sobre o estado de saúde do paciente, como ele irá encontrá-lo, o por quê dos dispositivos nele instalado dentre outras informações, e de poder perceber nos profissionais de enfermagem a preocupação com o seu bem estar, disponíveis em ouvir seus sentimentos e necessidades, poderá influenciar positivamente no seu enfrentamento a doença aguda grave e a hospitalização em uma UTI (NASCIMENTO, 2003).

Percebe-se que a dificuldade de relacionamento entre a enfermagem e a família, induzindo ao distanciamento, é relatado em muitos trabalhos entre eles, o de Corrêa, Sales e Soares (2002). Esse distanciamento, ocorre por vários fatores, os mais evidentes referem-se à falta de preparo da enfermagem frente as necessidades da família e a organização do trabalho. De acordo com as autoras, supra citadas, para alguns enfermeiros, a dificuldade em atender a família está vinculada à organização do trabalho, às especificidades de uma terapia intensiva, às próprias limitações pessoais ou da equipe de saúde e, ainda, ao modo das famílias expressarem seus sentimentos.

Maruiti e Galdeano (2007), referem que o cuidado de enfermagem na UTI vai além de consentir ou não a visita do familiar, compreende também o estabelecimento de uma relação de confiança e de auxílio, na qual a equipe de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. Quanto mais antecipado for à interação enfermeiro/familiares melhor será para a família e, conseqüentemente, para o usuário hospitalizado.

As relações de cuidados com a família ocorrerão no momento em que a enfermagem responder ao chamado da família, quando perceber e, for sensível às suas necessidades. Ao ouvir atentamente a família, seus sentimentos, ao esclarecer suas dúvidas, prepará-la melhor para o encontro com o seu familiar doente, ao oportunizar maior tempo para esse encontro, dentre outros cuidados, o enfermeiro estará contribuindo para o bem estar e estar melhor do familiar (NASCIMENTO, 2003).

Conforme Lemos e Rossi (2002), está em poder da enfermagem, enquanto profissão que enfatiza o tratamento personalizado e holístico, realizar as ações que poderiam viabilizar o entendimento e a compreensão da internação em UTI, tanto por parte dos sujeitos nela internados quanto da família. Ressaltam ainda que é essencial o acompanhamento no momento da primeira visita do familiar ao seu paciente hospitalizado, para desmistificar a visão de unidade hostil, de sofrimento e de morte. Dessa forma pode-se, criar uma relação de

confiança entre equipe e familiares, amenizando o isolamento social desses.

Villa e Rossi (2002) relatam que há a necessidade de rever as estratégias na assistência aos familiares. A forma de agir adequadamente, com palavras sinceras, simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a humanização do cuidado.

Vários estudos entre eles o de Nascimento (2003), Gotardo e Silva (2005), Freitas (2005) e Maruiti e Galdeno (2007), apontam a necessidade de atender a família antes da sua entrada na UTI para poder prepará-la para o encontro com seu familiar doente.

Frente ao que foi apresentado até então, e a vivência como enfermeira em UTI, acredito ser a sala de espera da UTI um espaço que precisa ser ocupado pelo enfermeiro para o atendimento ao familiar. Observo no cotidiano da profissão, reforçando o que já foi referido por alguns autores, que o horário que antecede a visita é para muitos familiares angustiante e solitário. Geralmente estão desinformados ou pouco informados sobre as condições de saúde do seu familiar doente, ansiosos por notícias e pelo encontro. Alguns familiares encontram-se psicologicamente pouco preparados para a entrada nesse ambiente de muita tecnologia, pacientes graves, ruídos constantes de aparelhagens, fios, sondas, soros, gemidos etc. e alguns desconhecem como irão encontrar o seu familiar doente. Ambiente considerado por muitos como assustador ou pouco ou nada acolhedor.

Com isto, esta pesquisa buscou resposta a seguinte questão: **O que sentem os familiares frente a internação de um de seus membros, em uma Unidade de Terapia Intensiva e como, na opinião desses familiares, o enfermeiro poderá assisti-los antes da visita ?**

Para atender a esses questionamentos a pesquisa teve como objetivos:

Conhecer, quais os sentimentos e expectativas de cuidados dos familiares de pacientes internados na UTI, antes da visita.

Cabe registrar que esse estudo está respeitando a Resolução 001/PEN/2008 de 10 de julho de 2008 (Anexo A), na qual determina que os resultados do estudo deverão ser apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado), e o outro deverá constar os resultados da pesquisa de campo. Os dois manuscritos deste estudo serão apresentado no capítulo referente a apresentação dos

resultados. Registra-se também que o artigo de revisão de literatura constituiu o referencial teórico deste estudo.

A seguir será apresentado o desenho metodológico

2 METODOLOGIA

Método é a maneira de se proceder ao longo de um caminho para alcançar um objetivo. O método confere ao pesquisador inúmeras vantagens, oferecendo-lhe um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, mostrando-lhe o caminho a ser seguido, permitindo-lhe detectar erros e auxiliando nas decisões (FACHIN, 2006).

2.1 Tipo de pesquisa

Utilizou-se dois caminhos para o alcance dos objetivos. Um dos caminhos consistiu de uma pesquisa bibliográfica que segundo Vieira e Hossne (2001), trazem um resumo da literatura especializada sobre determinado tema. Dão, portanto, visão abrangente de achados relevantes. Uma revisão bibliográfica deve, mostrar a evolução de conhecimentos sobre o tema, apontando falhas e acertos, fazendo críticas e elogios e resumindo o que é, realmente, de interesse.

Para a pesquisa bibliográfica utilizou-se artigos, produzidos por enfermeiros no período de 2002 a 2008 com o objetivo de identificar, na literatura brasileira, produções da enfermagem com enfoque na família em terapia intensiva adulto. A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas, BDENF (Base de dados de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) durante os meses de maio, junho e julho de 2009.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram: unidade de terapia intensiva, família, família e unidade de terapia intensiva e enfermagem. Para a seleção do material foram utilizados como critérios de inclusão: estudos que abordaram o tema família, no ambiente de terapia intensiva adulto, de autoria de enfermeiros, ou em parceria com outros profissionais, escritos em português e apresentados na íntegra.

Foram excluídos estudos não encontrados na íntegra, que não mencionavam o método utilizado de coleta de dados e escritos por profissionais não enfermeiros. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foi realizada a leitura dos textos na íntegra e excluídos aqueles artigos que não atendiam os critérios de inclusão. Os artigos selecionados foram analisados seguindo-se um roteiro norteador com os tópicos: autores e ano de publicação ou defesa, objetivos, instrumento de coleta de dados e conclusões.

O outro caminho para o alcance dos objetivos se deu através de

uma pesquisa de campo, qualitativa do tipo exploratório descritiva. O foco da pesquisa qualitativa está nas percepções e nas experiências dos participantes e na maneira como eles entendem sua vida. Essa modalidade de pesquisa, concentra-se no processo que está ocorrendo e também no produto ou no resultado. Os pesquisadores estão particularmente interessados em entender como as coisas ocorrem (MINAYO et al., 2007).

A abordagem qualitativa ocorre em um cenário natural. O pesquisador qualitativo sempre vai ao local onde está o participante para conduzir a pesquisa e usa métodos múltiplos que são interativos e humanísticos. Os pesquisadores qualitativos buscam o envolvimento dos participantes. O pesquisador qualitativo vê os fenômenos sociais holisticamente. Isso explica por que estudos de pesquisa qualitativa aparecem com visões amplas em vez de micro-análises. Quanto mais complexa, interativa e abrangente a narrativa, melhor o estudo qualitativo (MINAYO et al., 2007).

Oliveira (2007) coloca que a finalidade da pesquisa exploratória é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para auxiliar em estudos posteriores. Sendo que a pesquisa descritiva serve para o estudo de um grupo social e suas características, conhecendo suas opiniões e crenças.

2.2 Cenário do estudo

Este estudo teve como cenário a UTI de um hospital público da região oeste de Santa Catarina. Trata-se de um hospital regional onde internam pacientes provenientes das cidades do oeste do estado, com várias intercorrências clínicas, o que justifica um número expressivo de familiares na sala de espera da UTI.

O hospital caracteriza-se por ser de referência na região oeste de Santa Catarina no atendimento de neurologia, oncologia e traumatologia. É caracterizado como de grande porte com 320 leitos, possui dez alas de internação distribuídas em alas pediátricas, clínicas médicas, cirúrgicas, neurológicas, oncologias, materno-infantil e unidades de terapia intensiva geral e neonatal. Possui também, ala de quimioterapia, radioterapia centro cirúrgico com 7 salas, bem como serviço de emergência e serviço de ambulatório em neurologia, ortopedia e oncologia.

A UTI caracteriza-se por ser uma unidade geral que atende de crianças a idosos, com as mais diversas patologias. Possui onze leitos

com ocupação de oitenta por cento (80%), com permanência média de oito dias de internação. A equipe de saúde é formada por diversos médicos plantonistas, quatro enfermeiros sendo três com especialização em terapia intensiva e cursando mestrado e vinte e quatro técnicos de enfermagem divididos em quatro turnos.

O referido hospital, dispõe de serviço de nutrição, psicologia e assistente social. Por se tratar de uma instituição pública e regional, sua clientela na grande maioria, é de pessoas de baixa renda e procedentes de outros municípios.

A unidade de terapia intensiva possui entre outras rotinas, horários determinados para a visita dos familiares dos pacientes internados, em dois momentos, um ao meio dia e outro às dezoito horas, num período de trinta minutos cada. É permitido somente dois familiares por horário, revezando sua entrada na UTI.

A entrada do familiar ao hospital ocorre cinco minutos antes de entrar na UTI, e aguardam no corredor em frente a porta de acesso a UTI. No horário pré determinado um funcionário da UTI, previamente escalado, faz o chamado dos familiares pela leitura do nome do paciente, não acompanhando-os até o Box sendo isso feito somente quando o familiar solicita.

Nessa UTI não existe como rotina, informação aos familiares. Esses, ao entrarem na UTI, abordam qualquer membro da equipe que, muitas vezes por não estar assistindo diretamente o paciente, encaminha o familiar ao seu colega que por sua vez repassa a enfermeira que dependendo da situação solicita ao familiar que aguarde o médico, que, na maioria das vezes, demora em atender.

2.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os familiares de pacientes internados na referida UTI. O número de participantes foi determinado a partir da necessidade de informações. Um princípio orientador da quantidade de participantes foi à *saturação dos dados ou informações*, isto é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância (MINAYO et al., 2007).

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter um familiar internado na unidade de terapia intensiva num período mínimo de 48 horas, e o familiar poderia ser ou não membro da família nuclear e ser mais de um familiar da mesma família.

Vale ressaltar que no cotidiano da UTI, onde este estudo foi realizado, o mais comum é a visita ser realizada pelas pessoas que compõem a família nuclear do paciente internado. São principalmente filhos/filhas e esposas/esposos, sendo estes que participaram do estudo. A escolha de qual membro da família participaria da entrevista, se dava entre os familiares e utilizavam como critério, o mais falante e o que visitava com mais frequência o familiar doente.

2.4 A coleta de dados

Para a coleta de dados estabeleceu-se duas etapas: a primeira se constituiu de uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre o tema família em UTI adulto, com foco nos sentimentos dos familiares relacionados a internação. A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados LILACS e BDNF e constituíram o corpus documental 20 artigos. A segunda etapa consistiu de uma pesquisa de campo qualitativa do tipo exploratório descritiva com foco nos sentimentos e expectativas dos familiares, cujo cenário já foi referido. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista estruturada com 18 familiares. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, norteadas por um roteiro temático (Apêndice A), aos familiares.

Optou-se por entrevistas com roteiro temático, pois o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão. Segundo Minayo (2007), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, que possibilita revelar diferentes situações vividas, a posição e a compreensão da pessoa diante de um fenômeno. A entrevista não é uma conversa despretensiosa e neutra, mas intencional.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2009. As entrevistas, aos familiares, foram realizadas após quarenta e oito (48) horas de hospitalização do paciente na UTI. A primeira abordagem aos familiares aconteceu na sala de espera da UTI, onde era explicado sobre a pesquisa e consultado sobre o seu interesse em participar. Em seguida era agendado um horário, de comum acordo entre pesquisador e o familiar, para que a mesma ocorresse.

Para a realização das entrevistas a Gerência de Enfermagem do hospital ofereceu a sala de Supervisão, localizada próxima a UTI. Era um ambiente bem aconchegante, de fácil acesso, situado próxima a sala de espera e também dos elevadores, assim como da escada que dá acesso a entrada e a saída principal dos familiares no hospital.

Para a entrevista, que era individual, o pesquisador aguardava o

familiar após a visita na UTI e o acompanhava até a sala . Essas tiveram um tempo médio de duração de trinta minutos. Cada familiar foi entrevistado uma vez. Para garantir a precisão de todas as informações fornecidas pelos familiares, as entrevistas foram gravadas, com o consentimento prévio dos entrevistados, e realizadas anotações no diário de campo sobre o comportamento e expressões dos familiares.

2.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se como metodologia, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas especializadas, cartas, papers, etc. Consiste na construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular que expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

No DSC, os discursos são reconstruídos com pedaço de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quanto se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno. Em síntese o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Lefèvre e Lefèvre (2005) propõem quatro figuras metodológicas para a confecção dos DSCs, quais sejam: as expressões chaves (ECHs), as idéias centrais (IC), a ancoragem (AC) e o DSC.

As ECHs são pedaços, trechos ou transcrições contínuas ou descontínuas da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente. Devem ser destacadas pelo pesquisador, e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.

As IC são expressões lingüísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, de cada conjunto homogêneo de ECHs e que vão dar origem ao DSC.

A AC é a expressão de uma teoria, ideologia ou crença religiosa adotada pelo autor do discurso e que está embutida no discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

O DSC é uma agregação, ou soma, não matemática de pedaços

isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo, é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das ECHs que têm a mesma IC ou ancoragem.

A Interrelação entre IC e ECH são indispensáveis para que os sentidos dos discursos possam ser adequadamente obtidos e descritos, tendo a primeira à função identificadora, particularizadora, especificadora, e a segunda (ECH), uma função corporificadora, de substantivação, de “recheio” do sentido nomeado”.

Para construir o DSC é necessário coerência – o DSC é uma reunião, agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, artigos de jornal, de revista etc., de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e o todo constituído por essas partes.

Existe distinção entre os DSCs – quando uma resposta apresenta mais de um DSC, podem ser dois os critérios de distinção: diferença/antagonismo e complementaridade. Quando se trata de discursos sensivelmente diferentes, a apresentação deles, em separado, é obrigatória. Quando se trata de discursos complementares, a apresentação dos discursos, em separado, depende do pesquisador querer resultados mais detalhados ou mais genéricos.

Para construir os DSC há duas formas de organizar os depoimento: analisar cada depoimento e extrair de cada um as diferentes Idéias Centrais e suas respectivas Expressões – Chaves. Em seguida agrega-se ou soma-se as IC ou EC para obter o DSC. A outra maneira é analisar cada depoimento, extraindo as Idéias Centrais. Em seguida identificam a IC iguais ou equivalentes e suas respectivas Expressões-Chave. E finalmente, agregando ou encadeando-se discursivamente estas Expressões –Chaves igualmente ou equivalente compõem-se os DSCs

Neste estudo, para organizar os DSCs adotou-se a segunda maneira, descrita acima. Na construção dos discursos coletivos utilizou-se três das quatro figuras metodológicas à saber : ECHs , IC e o DSCs

2.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi fundamentada nas normas e diretrizes que regulamentam a Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

As entrevistas foram realizadas após obter consentimento da Instituição na qual se desenvolveu a pesquisa bem como a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Protocolo número 083/09 (Anexo B), Para a realização das mesmas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Visando a privacidade dos sujeitos do estudo, utilizou-se a numeração de ordem de entrevista como código de identificação, como por exemplo: Familiar 1 (F1), Familiar 2 (F2).

3 RESULTADOS APRESENTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos, conforme referido anteriormente, respeitando a Resolução 001/PEN/2008 de 10 de julho de 2008 (Anexo A).

Assim nesse capítulo constam os artigos intitulados “**A família no contexto da Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura**” e **Os Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados e expectativas do cuidado**”, os quais organizam e analisam os dados obtidos em todo o processo de pesquisa.

3.1 Artigo 1 – A família no contexto da Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura

O artigo de revisão de literatura apresentado a seguir, será encaminhado para à Revista Enfermagem UERJ, após atender as normas vigentes para publicação nesse periódico (Anexo C).

**A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: uma revisão da literatura
FAMILY IN THE CONTEXT OF INTENSIVE CARE UNIT: a
Literature review
LA FAMILIA EM EL CONTEXTO DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS: uma revisión de La Literatura**

Gloriana Frizon¹
Eliane Regina Pereira do Nascimento²
Josiane de Jesus Martins³

RESUMO: Trata-se de uma revisão bibliográfica, que objetivou analisar, na literatura brasileira, a contribuição da enfermagem de terapia intensiva nos estudos sobre a família, no período de 2002 à 2008 nas bases de dados, BDENF e LILACS. Analisou-se 20 artigos escritos por enfermeiros. O tema predominante nos estudos foi comunicação/informação à família. O difícil acesso a informação, o tempo restrito de visita, sentimentos de medo, ansiedade, desconfiança, a necessidade de diálogo com a equipe, de informações transmitidas de uma maneira simples, clara e objetiva, foram referidos pelos familiares dos estudos. Os estudos revelaram que a equipe de saúde em UTI não contempla nas suas ações cuidativas o familiar com sujeito do cuidado, contribuindo dessa maneira para o desconforto, insegurança e angústia do familiar. É necessário que os profissionais de enfermagem considerem não somente o cliente hospitalizado como sujeito do cuidado mas também os seus familiares e valorizem a subjetividade no cuidar

Palavras Chave: Unidade de terapia intensiva; família; equipe de enfermagem.

-
- 1 Especialista em terapia intensiva, Pro^{fa} da Disc. Estágio Curricular Supervisionado I pela Universidade do Estado de Santa Catarina-UEDESC; enfermeira da UTI do Hospital Regional do Oeste Chapecó, SC. Mestranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina
- 2 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC-. Líder do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- 3 Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL.

ABSTRACT: This is a bibliographical review aimed to analyze, inside Brazilian Literature, the contribution of nursing at Intensive care Unit in studies about the families, in the period between 2002 to 2008 based on data BDENF and LILACS. 20 articles written by nurses were analyzed. The main issue in the studies was communication/information with the family. The difficult access to information, restricted time for visit, feelings of fear, anxiety, mistrust, the need for dialogue with the personnel, information transmitted in a simple, clear and objective way, were referred by the families of the studies. The studies revealed that the health care personnel of ICU don't have in mind, by their care actions, the member of the family as a person in need of care, thereby contributing to the discomfort, insecurity and anxiety of the member of the family. It is necessary that the nurses consider not only the hospitalized client as a person in need of care, but also his/her family, and value the subjectivity in care.

Keywords: Intensive Care Unit, family; nursing personnel

RESUMEN: Se trata de una revisión bibliográfica, que tuvo como objetivo analizar, em La Literatura Brasileña, La contribución de la enfermería de cuidados intensivos en los estudios sobre la familia, en el periodo de 2002 a 2008 con base en datos, BDENF y LILACS. Fueron analizados 20 artículos escritos por enfermeros. El tema predominante em los estúdios fue comunicació/información a la familia. El difícil acceso a la información, El tiempo restringido de visita, sentimientos de miedo, ansiedad, desconfianza, la necesidad de dialogo com em personal, de informaciones transmitidas de manera sencilla, clara y objetiva, fueron referidos por los familiares de los estudios. Los estudios revelaron que el personal de salud en UCI no contempla en sus acciones cuidadtivas el familiar como sujeto cuidado, contibuyendo de esa manera para el deconfort, la inseguridad y angustia del familiar. Es necesario que los profesionales de enfermería consideren no solamente el cliente hospitalizado como sujeto de cuidado, sino sus familiare y valoren la subjetividad del cuidar.

Palabras Clave: Unidad de cuidados Intensivos, familia; personal de enfermería.

INTRODUÇÃO

A internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), geralmente é um evento angustiante para a família e isso se deve a diversos fatores como a ameaça a vida, a pouca informação sobre as condições clínicas do seu parente internado, as rotinas rígidas de visita, o isolamento social, fatores esses que podem romper com o equilíbrio do sistema familiar.

Quando um membro da família é hospitalizado ou fica doente, o equilíbrio e os papéis ocupados por cada um são afetados. A doença grave precipita a desestruturação familiar e eclode antigos conflitos que permaneciam latentes. A situação de crise vivida pelos familiares de pacientes internados em UTI pode ser exemplificada pela desorganização das relações interpessoais devido ao isolamento do paciente, problemas financeiros e medo da perda da pessoa amada¹.

O fato da família conviver com a possibilidade da morte e da ruptura familiar, diferentes sentimentos e reações distintas ocorrem diante do período vivido. A preocupação é constante e os familiares procuram organizar-se de forma que possam compreender e interpretar a existência da doença. Isto redefine o cotidiano diante dos diferentes estágios que o membro adoentado se encontra².

Em um estudo sobre o significado cultural do cuidado em UTI, os autores observaram que o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares foi formal, burocrático e, sobretudo, despersonalizado. O diálogo com a família foi superficial³.

Considerando-se a importância do cuidado a família no ambiente de terapia intensiva este estudo tem como objetivo conhecer qual a contribuição da enfermagem brasileira na produção do conhecimento sobre a família, no contexto da unidade de terapia intensiva adulto.

METODOLOGIA

Este estudo consiste de uma revisão bibliográfica sobre o tema família na unidade de terapia intensiva adulto. A busca foi realizada entre os meses de abril e maio de 2009, nas bases de dados eletrônicas, BDENF (Base de Dados de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). As palavras-chave utilizadas para a busca foram: unidade de terapia intensiva, família, família e unidade de terapia intensiva e enfermagem. Para a seleção do material estabelecemos como critérios de inclusão: textos nacionais

completos, de autoria de enfermeiros ou com a participação destes profissionais, publicados no período de 2002 a 2008. Após a leitura dos títulos e dos resumos, realizamos a leitura dos textos na íntegra e excluídos os artigos reflexivos, relatos de experiência e aqueles que não constavam a metodologia. Dos 55 artigos encontrados, 35 não atenderam os critérios determinados para inclusão. Os artigos selecionados foram analisados seguindo um roteiro norteador com os tópicos: ano de publicação; revista em que foi publicado; modalidade de pesquisa, contexto dos estudos. Constituiu o corpus documental para análise 20 estudos que encontram-se citados no texto e nas referências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo 11 revistas distintas. Quanto às revistas analisadas apresentamos de forma descritiva em quais delas foram publicados os 20 artigos, quantos cada revista publicou e o respectivo ano de publicação. A revista *Latino-Americana de Enfermagem* foi responsável por cinco das publicações sendo duas no ano de 2002 e três em 2007. As revistas *Acta Paulista de Enfermagem*, *Brasileira de Enfermagem*, *Gaúcha de Enfermagem*, *Família Saúde e Desenvolvimento e Texto e Contexto-Enfermagem* publicaram cada uma 2 artigos sendo que a *Acta* publicou em 2007 e 2008; a *Brasileira de Enfermagem* em 2006 e 2008; a *Gaúcha* em 2002 e 2007 e *Família Saúde e Desenvolvimento* em 2003 e 2004 e a *Texto e Contexto-Enfermagem* em 2005 e 2008. As revistas a seguir publicaram um artigo cada uma: *Acta Scientiarum* a publicação se deu em 2002, a *de Enfermagem da UERJ* e da *Escola de Enfermagem da USP* foi em 2005, e as revistas *Cogitare* e *Eletrônica de Enfermagem* publicaram em 2007. Constatamos que a maior produção da enfermagem sobre o tema família em unidade de terapia adulto, ocorreu nos anos de 2002 e 2007 com 5 e 7 artigos respectivamente e o periódico que mais publicou sobre esse tema, no período estabelecido, foi a *Revista Latino-am Enfermagem* com 5 artigos.

Correlacionando o periódico com o artigo e a modalidade de pesquisa constatamos que dos 19 artigos, 3 adotaram a pesquisa quantitativa sendo dois publicados na revista *Acta paul. Enferm* (2007 e 2008) e um na *Latinoam Enferm.* (2007). A pesquisa qualitativa foi adotada na maioria dos artigos (16), contemplados em 10 das 11 revistas. O fato das publicações serem na sua maioria pesquisa qualitativa, justifica-se por se adequar melhor aos objetivos dos estudos

com o foco na família

Da análise do conjunto dos textos emergiram três temas: comunicação; sentimentos/ necessidades, cuidado de enfermagem a família.

Comunicação

A comunicação da equipe da UTI com os familiares está presente, como foco do estudo em 5 artigos, porém observamos que encontra-se contemplada na maioria deles (16). O contexto da abordagem da comunicação girou em torno principalmente das facilidades e dificuldades na comunicação da equipe de terapia intensiva com a família; a comunicação adequada.

Os textos apontam aspectos que favorecem e que dificultam a comunicação da equipe de terapia intensiva com a família. Em relação aos aspectos que facilitam a comunicação, estudos indicaram o interesse do profissional em se aproximar da família, a empatia do profissional pela família e o tempo de experiência do profissional.⁴⁻⁶

Para melhorar a comunicação verbal entre a equipe de enfermagem e familiar, aspectos relacionados à humanização foram mencionados como: maior atenção ao familiar, demonstrar simpatia, acompanhá-los até o leito e dar oportunidades de fazer perguntas⁵⁻⁷; O detalhamento das informações a respeito do estado geral do cliente foi também mencionado como forma de melhorar a comunicação com os familiares⁶.

Os familiares consideram que a comunicação adequada é aquela em que as informações sobre o estado do paciente acontecem nos horários da visita e são transmitidas de uma maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos difíceis, para a compreensão até de pessoas com menos escolaridade⁷.

O boletim informativo, utilizado em várias UTIs, foi foco de dois estudos, que retratam as dificuldades de compreensão dos familiares as informações neles contidas. Os familiares sugeriram pessoas capacitadas para transmitir o boletim, visando a compreensão e satisfação do familiar. O familiar se queixa não apenas da maneira como o profissional transmite a informação escrita, mas principalmente, da sua incapacidade de esclarecer suas dúvidas⁸⁻⁹. Independente do tipo de informações é importante, na visão dos familiares, que essas sejam claras, concisas e com linguagem apropriada, permitindo que os familiares perguntem e digam o que pensam e sentem, bem como, incentivá-los a falar sobre a situação^{4,10-12}.

Os autores são unânimes em afirmar que a informação é uma

forma de ajuda aos familiares, no enfrentamento da situação vivida, no esclarecimento de dúvidas, assim como propicia o sentimento de segurança nos cuidados com o membro da família internado.

A falta de informação gera ansiedade e intensa mobilização de energia, por parte da família, dependendo dos tipos de personalidades e circunstâncias, sendo a ansiedade expressa de várias maneiras: muitas vezes, negativas, agressivas e outras vezes, passivas e ausentes¹³.

Sentimentos/necessidades da família em relação a hospitalização na UTI

Constatamos um grande número (10) de estudos que tiveram como foco principal os sentimentos dos familiares com relação a internação na UTI e 3 trabalharam o tema necessidade dos familiares. Muitas são as necessidade/sentimentos desencadeadas pela hospitalização em unidade de terapia intensiva, manifestados pelos familiares. Identificá-las pode favorecer uma assistência individualizada a essa clientela.

Os sentimentos como a angústia, o desespero e o medo da morte, esperança e expectativa de melhora, devem ser considerados pela equipe que presta assistência a essa clientela, no sentido de buscar uma aproximação com os familiares para ajudá-los^{10;12}.

O medo do desconhecido, da morte, o isolamento e a ansiedade, foram os sentimentos que emergiram das falas dos familiares em outros estudos¹⁴⁻¹⁶.

Os familiares apontam como principais necessidades: começar a visita na hora marcada; necessidade de suporte e informação¹⁷. A necessidade de expressão de sentimentos como carinho, arrependimento e culpa por atos relacionados a eles, foi evidenciado pelos autores¹⁸⁻¹⁹.

O sofrimento que vivenciam os familiares ao ter um parente internado na UTI. é expressado por palavras como: difícil, triste, sofrido, terrível²⁰.

Cuidado de enfermagem a família

Dos 20 estudos que constituem a amostra 3 tiveram como foco o cuidado a família. A família constitui uma força afetiva ao paciente, não raro uma das poucas fontes de motivação para enfrentar o sofrimento e a possibilidade da morte na UTI. Porém, para que os familiares possam ajudá-lo necessitam de suporte em suas necessidades emocionais¹⁰.

No que se refere ao cuidado dispensado aos familiares, os textos analisados, apontam para a necessidade de acolhimento, informação, calor humano, respeito ao sofrimento e afeto.

Há a necessidade de preparar os familiares para entrarem na UTI

e os profissionais devem ser flexíveis, sempre que possível, em relação ao tempo de permanência do familiar junto ao paciente ^{10;12}. Estudos apontam que devido a gravidade da condição do paciente a família gostaria que a visita ocorresse mais vezes, que se mantivessem constantemente informadas, tendo assim sua ansiedade diminuída ¹².

A família sente-se cuidada pela equipe de saúde, quando recebe informações acerca de seu familiar internado ¹².

Estudos sinalizam que o enfermeiro deverá ajudar os familiares a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar ¹⁹.

A acomodação foi referida como primordial na atenção ao familiar. Deveria haver salas contíguas, onde pudessem descansar, comer, compartilhar a solidão e, talvez, se consolar. Assistentes sociais ou capelões deveriam estar disponíveis e com tempo suficiente para cada um. Os médicos e enfermeiros deveriam visitar estas salas com frequência, para explicar e esclarecer quaisquer dúvidas. Em outras palavras, deveria ser um cenário diferente da atual realidade, na qual encontramos familiares aflitos nos corredores, nas imediações, em bares, sozinhos às portas das UTIs, sem saber ao certo o estado real de seu familiar nem o que realmente se passa com ele ¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão possibilitou evidenciar quais os principais temas enfocados nos estudos dos enfermeiros com relação à família em unidade de terapia intensiva adulto. Três temas tiveram prioridade nesses estudos: comunicação, necessidade/sentimentos e cuidado à família.

O tema comunicação permeou a maioria dos artigos que compuseram o corpus documental deste estudo. Acreditamos que esse fato se deva a preocupação dos enfermeiros intensivistas em querer mudar o paradigma ainda vigente nas unidades de terapia intensiva, o cuidado do corpo doente, para um paradigma que valorize as relações no contexto da UTI, aqui em especial a família..

Ficou evidente no estudo a insatisfação dos familiares quanto a informação sobre o seu familiar hospitalizado. Familiares solicitam que as informações sejam transmitidas de maneira clara, simples e objetiva e por profissionais que realmente conheçam a situação do seu familiar doente.

Vários foram os sentimentos, relacionados a hospitalização na

UTI, referidos pelos familiares como medo do desconhecido, da morte, do futuro incerto, além de insegurança, insatisfação, sofrimento, dentre outros. Entre os cuidados aos familiares, os estudos apontaram flexibilidade nas rotinas em especial a relacionada a visita, maior número de vezes e tempo de duração, acesso a informações, maior relacionamento da equipe com os familiares.

REFERÊNCIAS

1. Bomfim AC, Bastos AC, Carvalho AMA. A família em situações disruptivas provocadas pela hospitalização. Rev. Brás. Crescimento Desenvol. Hum. 2007(1):84-94.
2. Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. Rev Latino-am Enfermagem 2002; jan-fev.
3. Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos Acta Paul Enferm. 20(1):37-43;2007.
4. Silveira SS et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto & contexto enferm. 2005;14(n.esp):125-130.
5. Santos KMAB, Silva MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. Rev. bras. enferm. Jan./Feb 2006;59(1):61-6.
6. Matsuda LM, Victor ACS, Évora YDM, Mello GARN. A comunicação verbal da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto durante o processo de visita: perspectiva dos visitantes. In: Anais Simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem. 2002.
7. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação:visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):423-9.
8. Villa VSC, Rossi, LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev.latinoam. enferm. 2002 mar/abr;10(2):137-144.

9. Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. REE, 2007;9(2):315-328.
10. Gotardo GIB, Silva CA. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. Rev. Enferm UERJ. 2005;13:223-8.
11. Dezorzi,LWD, Camponogara S.,Vieira DFVB. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: uma proposta de sensibilização. R. gaúcha Enferm. jan. 2002;23(1):84-102.
12. Ferrioli DR et al. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Fam.Saúde. Desenvolv.2003;5(3):193-202.
13. Lunardi Filho et al. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Gerais. Fam.Saúde Desenvolv. 2004;6(2):100-109.
14. Freita KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidade de família em Unidade de terapia Intensiva:Análise comparativa entre hospital público e privado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan./fev. 2007.15(1):84-92.
15. Corrêa AK, Sales CA, Soares L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. Acta Scientiarum, Maringá, 2002;24(3):811-8.
16. Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta paul. enferm. 2008;21(4):636-42.
17. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade Rev.latino-am. enferm. 2002 maio/jun. 10(2):345-57.
18. Puggina ACGA, Silva MJP, Araújo MMT. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. Acta paul. enferm. 2008;21(2):249-55.
19. Schneider, D.G; et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade

coronariana Texto Contexto Enferm. 2008 Jan-Mar;17(1):81-9.

20. Urizzi F, Corrêa AC. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. Rev.Latinoam. enferm. 2007 jul/ago;15(4):598-604.
21. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(3):377-84.

3.2 Artigo 2 – Os Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados e expectativas do cuidado

Artigo com os dados da pesquisa de campo apresentado a seguir será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, após atender as normas vigentes para publicação nesse periódico (Anexo D), e aceite da Revista (Anexo E).

Os Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados e expectativas do cuidado

Family members in a Waiting Room of an Intensive Care Unit: revealed feelings and caring expectations

Los familiares em la sala de espera de una Unidad de cuidados intensivos: sentimientos revelados y expectativa del cuidado

Gloriana Frizon¹, Eliane Regina Pereira do Nascimento², Josiane de Jesus Martins³

1 Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) Chapecó, SC.

2 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC.

3 Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) Departamento de Enfermagem. Palhoça, SC.

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo que objetivou conhecer, quais os sentimentos/necessidades dos familiares, de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antes da visita e a expectativa do cuidado. O estudo foi realizado na UTI de um hospital geral da região oeste de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu em 2009, com entrevista estruturada a 18 familiares. Para o tratamento dos dados utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Dos relatos surgiram temas relacionados aos sentimentos e ao cuidado. A análise dos dados evidenciou sentimentos como angústia, tristeza, impotência e desespero.

e o desejo de ter um enfermeiro para fornecer informações. O estudo vem ao encontro da necessidade de um agir diferente da enfermagem com os familiares na UTI.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva, Família, Sala de espera, Enfermagem.

ABSTRACT: This is a qualitative study which its purpose was to know the feelings/necessities of hospitalized ICU patient's relatives before the visit, and their expectation for care. The study took place in the general hospital's ICU in the western region of Santa Catarina. The data collection was held in 2009, with structured interviewing of 18 families. For the handling of data, the "Discurso do Sujeito Coletivo" was used; Subjects related to feeling and care arouse from the reports. The analysis evinced feelings like anguish, sadness, impotence, desperation, and the desire for having a nurse to provide information. The study goes along the necessity of a different way of acting from the nursing team towards the relatives in ICU.

Descriptors: Intensive Care Unit, family, waiting room, nursing.

RESUMEN: Se trata de um estudio cualitativo que tuvo como objetivo conocer cuales sentimientos/necesidades de los familiares de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) antes de la visita y la expectativa del cuidado. El estudio fue realizado en la UCI de un hospital general del oeste de Santa Catarina. La reunion de datos acurrió em 2009, com entrevista estruturada em 18 familiares. Para el tratamiento de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. De los relatos surgieron temas relacionados con los sentimientos y el cuidado. El Análisis de los datos evidenció sentimientos como angustia, tristeza, impotencia y desesperación y el deseo de tener un enfermero para dar informaciones. El estudio viene de encontro con la necesidad de un actuar diferente de la enfermería con los familiares en la UCI.

Descritores: Unidad de cuidados Intensivos, família, sala de espera, enfermagem

INTRODUÇÃO

A hospitalização de uma pessoa em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um momento geralmente difícil para a família, que pode experimentar diferentes sentimentos que envolvem não somente o seu familiar hospitalizado como também as suas perspectivas de vida.

A família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde, doença do seu familiar. Quando uma pessoa, por diferentes motivos, necessita hospitalizar-se, numa UTI, o que ocorre é a sua separação dos familiares. Nesses serviços, a separação do doente de sua família é praticamente imposta pelas circunstâncias criadas pela internação e por rotinas de visitas, muitas vezes rígidas. As informações aos familiares, geralmente, são limitadas e expressões como: “aguardem um momento, não podemos atendê-los agora,” são comumente ouvidas pelos familiares ⁽¹⁾.

Em situação de risco de morte, a família é exposta a uma série de sentimentos. Culpa pelo desejo e necessidade de deixar a vida prosseguir de modo mais habitual possível; pela irritação de algumas privações inevitáveis; pelo desejo, de maneira velada, de que o doente morra para que a sobrecarga e o seu sofrimento frente à doença grave sejam aliviados e, a censura pela necessidade de espairecer ⁽²⁾. Esses sentimentos representam mais componentes, no montante das alterações que ocorrem com os familiares, na vivência com a doença grave ⁽¹⁾.

A troca mútua e constante de sentimentos, realizada na vida familiar, nos condiciona a idéia de que sempre teremos próximo, alguém que nos possa confortar quando assim precisarmos e nos estimular quando nos sentirmos frágeis diante dos acontecimento inesperados como uma doença aguda e uma internação em UTI.

Nesta perspectiva, quando um indivíduo é acometido por uma doença, todo o contexto familiar sofre diante da possibilidade de perda, do desconhecido e incerto momento ⁽²⁾.

A relação entre enfermagem e família deve ter por objetivo o seu bem-estar. A relação deve propiciar a família perceber na enfermagem possibilidades de ajuda e de suporte. Uma enfermagem acessível, perceptiva, disponível e preparada para atender as necessidades referidas pelos familiares, relacionadas a experiência com a internação em um ambiente crítico de cuidado é uma enfermagem que percebe a família também como foco do cuidado e não como apêndice do seu familiar doente.

O fato de conviver com a possibilidade da morte e da ruptura da família, diferentes sentimentos e reações distintas ocorrem no ambiente

familiar durante o período vivido. É importante ressaltar que a equipe de enfermagem deve assumir características que permitam conhecer a realidade familiar e a sua forma de enfrentar a hospitalização, remarcando particularidades⁽³⁾.

A forma de a família ver a enfermidade pode ser influenciada por fatores tais como: estágio da vida familiar; o papel desempenhado por essa pessoa no lar; as implicações que o impacto da doença causa em cada indivíduo; modo como ela se organiza durante o período de doença. Todos estes fatores afetam diretamente o nível de estresse dos familiares⁽⁴⁾.

No momento da hospitalização e do processo de permanência na UTI, a enfermagem ao realizar o acolhimento ao familiar permite que o encontro se estabeleça, e o diálogo ocorra. O estar presente, o relacionar-se, a criação de vínculo entre familiares/enfermagem são formas de estabelecer as relações de acolhimento. Reorganizar o cenário de trabalho cujas ações ainda estão centradas no modelo tecnicista e voltado, quase que exclusivamente para a pessoa internada, desconsiderando o seu familiar, é um trabalho árduo e um desafio para a enfermagem em especial a que atua em unidades de alta complexidade.

Em um estudo sobre o significado cultural do cuidado em UTI, as pesquisadoras observaram que o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares foi formal, burocrático e, sobretudo, despersonalizado, o diálogo com a família foi superficial, o enfermeiro estava ausente a maior parte do tempo, e os demais funcionários da unidade evitavam o contato com os familiares⁽⁵⁾.

A dificuldade de relacionamento entre a enfermagem e a família, induz ao distanciamento. Esse distanciamento, ocorre por vários fatores, os mais evidentes referem-se à falta de preparo da enfermagem frente às necessidades da família e a organização do trabalho. Para alguns enfermeiros, a dificuldade em atender a família está vinculada às especificidades de uma terapia intensiva, às próprias limitações pessoais ou da equipe de saúde e, ainda, ao modo das famílias expressarem seus sentimento⁽⁶⁾.

O cuidado de enfermagem na UTI vai além de consentir ou não a visita do familiar, compreende também o estabelecimento de uma relação de confiança e de auxílio. A equipe de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. Quanto mais antecipado for à interação enfermeiro/familiares melhor será para os familiares e, conseqüentemente, para o paciente hospitalizado⁽⁵⁾.

Vários estudos apontam a necessidade de atender a família antes da sua entrada na UTI para poder prepará-la para o encontro com seu

familiar doente^(1: 5;7-8).

Diante dessas considerações iniciais, e a vivência como enfermeiras em UTI, acreditando ser a sala de espera da UTI um espaço que precisa ser ocupado pelo enfermeiro para o atendimento ao familiar, este estudo teve como objetivo: **Conhecer, quais os sentimentos/necessidades e expectativas de cuidado, dos familiares, de pacientes internados na UTI, antes da visita.**

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratório descritiva, realizada com os familiares de pacientes internados na UTI de um hospital público de grande porte da região oeste de Santa Catarina. Participaram do estudo dezoito familiares. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter um familiar internado na unidade de terapia intensiva num período mínimo de 48 horas; ter relações de convívio freqüente/diário com o paciente internado; ter laços consaguíneos ou de afetividade com o paciente. Vale ressaltar que no cotidiano da UTI, onde este estudo foi realizado, o mais comum é a visita ser realizada pelas pessoas que compõem a família nuclear do paciente internado. São principalmente filhos/filhas e esposas/esposos. A escolha de qual membro da família participaria da entrevista, se dava entre os familiares e utilizavam como critério, o mais falante e o que visitava com mais freqüência o familiar doente.

A coleta de dados foi realizada com os familiares através de entrevista com roteiro que contemplava questões relacionadas ao sentimento com a hospitalização em UTI e as expectativas de cuidado. As entrevistas ocorreram nos meses de junho e julho de 2009; foram individuais, realizadas após quarenta e oito horas de hospitalização do paciente na UTI e iniciaram somente após obtenção do consentimento da Instituição, onde o estudo foi realizado, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que recebeu o protocolo de nº 083/09, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes .

A primeira abordagem aos familiares aconteceu na sala de espera da UTI, onde era explicado sobre objetivo da pesquisa e consultado sobre o interesse em participar. Em seguida era agendado um horário, de comum acordo entre pesquisador e o familiar, para que a mesma ocorresse.

Para a realização das entrevistas a Gerência de Enfermagem do hospital ofereceu a sala de Supervisão, localizada próxima a UTI. O pesquisador aguardava o familiar após a visita na UTI e o acompanhava até a sala para ser entrevistado. Essas tiveram um tempo médio de duração de trinta minutos. Cada familiar foi entrevistado uma vez. As entrevistas foram gravadas, e para preservar a privacidade dos sujeitos do estudo utilizou-se o código por numeração de ordem de execução (ex.: Familiar 1 (F1), Familiar 2 (F2)).

Para o tratamento dos dados utilizou-se três figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) ⁽⁹⁾: Expressões Chaves (ECHs) as Idéias Centrais (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As ECHs são pedaços, trechos ou transcrições contínuas ou descontínuas da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso. Devem ser destacadas pelo pesquisador, e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As IC são expressões lingüísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, de cada conjunto homogêneo de ECHs e que vão dar origem ao DSC. O DSC é uma agregação, ou soma, não matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo, é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das ECHs que têm a mesma IC.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados e discutidos baseiam-se na vivência de dezoito familiares com a internação na UTI. Destes, quinze (15) eram mulheres, sendo que nove (9) eram filhas, duas (2) esposas, duas (2) mães, uma (1) nora e uma (1) irmã. A faixa etária variou de 23 a 55 anos. A média de permanência do familiar hospitalizado foi de 5 dias e quanto ao grau de instrução prevaleceu o ensino primário completo.

Os depoimentos dos familiares, traduziram quatro temas: sentimentos dos familiares relacionados a hospitalização na UTI; sentimentos durante a espera para entrar na UTI; a relação da equipe de enfermagem e familiares; necessidades dos familiares na sala de espera.

TEMA 1: Sentimentos relacionados a hospitalização na UTI.

IC1: Os familiares referem sentimentos negativos como angústia, tristeza, impotência e desespero.

DSC 1: *Nunca imaginei ter um familiar internado na UTI, é horrível, muita dor, é um momento muito difícil, onde os sentimentos emergem numa intensidade que vai da tristeza pelo afastamento do convívio com os seus, angústia pela gravidade da doença levando a impotência e ao desespero, pois não podemos fazer nada. Nestes momentos a gente descobre que amar é uma das melhores coisas da vida, porque neste momento percebemos que somos humanos que trocaríamos tudo para ficar perto, pegar na mão, dar um abraço.*^{F1,F3,F4,F5,F6,F8,F9,F10,F13}

Os sentimentos decorrente da internação e permanência do familiar na UTI estão no discurso acima, representados pela dor, angústia, impotência e desespero ocasionado por um grande impacto emocional e pela angústia ante ao incerto ou a possibilidade iminente da perda. A internação na UTI é considerada um momento muito difícil que se instala e interfere no equilíbrio familiar. É um período marcado por sofrimentos e mobiliza sentimentos diversos como os relatos pelos familiares deste estudo. .

Em relação a esses sentimentos outros estudos também apontaram o medo do desconhecido, da morte, o isolamento e a ansiedade^(6;10).

No momento em que o familiar passa a vivenciar sentimentos próprios de quem tem um familiar hospitalizado na UTI, percebe-se a sua fragilidade.

Os profissionais de enfermagem para atenderem o familiar como pessoa, que expressam sentimentos como tristeza, impotência, desespero e angústia, precisam colocar-se no lugar destes; precisam ter empatia pelo outro, com o seu sofrimento. “Precisamos entrar no seu mundo perceptual, examiná-lo, senti-lo, compreendê-lo sem críticas ou julgamento e voltar para o nosso lugar e deste, poder ajudá-lo da melhor maneira possível”^(11:13).

O DSC1 denota que a família sente que esse seu papel de alicerce, de ponto de apoio, encontra-se afetado com a internação. Para a família, ao menor sinal de que algo saiu do contexto da normalidade, do aceitável, emerge um turbilhão de sentimentos.

A família se preocupa com o paciente e vivencia o medo e a

insegurança, muitas vezes, resultado da incerteza em relação à conduta e ao tratamento. Sendo o paciente o foco do cuidado, as necessidades dos familiares são, muitas vezes, desconsideradas pela equipe de enfermagem. A sensibilidade do enfermeiro em perceber as necessidades da família pode resultar na implementação de novas políticas, como horário de visitas mais flexíveis, maior proximidade da equipe de enfermagem e maior facilidade na obtenção de informações⁽⁵⁾.

Neste contexto a partir da identificação da vulnerabilidade da família é possível sistematizar a assistência de enfermagem para com estas, pois poderá favorecer as mudanças que consideramos fundamentais para o alcance do seu fortalecimento. Porém, é preciso destacar que, a vulnerabilidade é um sentimento dinâmico e contínuo, com momentos de alternância em relação às conseqüências⁽¹²⁾.

Cabe salientar que durante a coleta de dados, muitos familiares apresentavam dificuldades em expressar verbalmente seus sentimentos, apresentando muitos momentos de choro frente a situação vivenciada.

TEMA 2: Sentimentos durante a espera para entrar na UTI

IC2: O momento antes da visita na UTI, é angustiante, de muita ansiedade, de expectativa infinita.

DSC 2: *Esse momento é o pior do dia, pois ficamos ansiosos, angustiados, não vendo a hora de entrar, de ver como o familiar se encontra, se está acordado, se está falando, se está bem. Esperar na porta por cinco minuto é como se fosse uma hora, porque se atrasa um pouquinho, fica um silêncio, todo mundo começa a bater o pé, mexer com as mãos, anda de um lado para o outro na expectativa da entrada, mas a emoção toma conta, temos que ser forte para continuar e dar força aos demais.*^{F4, F7, F8, F12, F16}

Nesse discurso encontra-se relatado o difícil momento em que passa o familiar enquanto aguarda a entrada na UTI. Momento este de dúvidas, de ansiedade para ver o seu familiar internado,

Alguns estudos abordam a necessidade de assistência e acolhimento as famílias dos pacientes internados na UTI que permanecem nas salas de espera. Um aspecto destacado nos estudos foi a pouca orientação que os familiares recebem, tornando o ambiente da UTI ameaçador à família, criando uma imagem negativa do ambiente. Evidenciam o descaso de muitos profissionais da equipe da UTI com relação à atenção ao familiar, desconsiderando que precisam ser atendidos em suas necessidades em especial a de informação e de

escuta, merecendo do profissional atenção e apoio ^(1;5-7)

A falta de assistência e acolhimento, na realidade em que o estudo foi realizado é agravada pela falta de um local privativo para conversar com os familiares, pois a sala de espera da UTI é compartilhada com os familiares dos pacientes do Centro Cirúrgico e da UTI neonatal, além de ser próxima ao corredor de acesso as mesmas unidades, sendo portanto um local movimentado de trânsito constante de pessoas.

Estabelecer vínculo enfermagem- família é uma forma de amenizar o isolamento social que a hospitalização acomete, bem como auxiliar na reestruturação bio-psico-social da família. Agir perante a família de forma a ajudá-la em seus anseios, não devem dificultar o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem, que geralmente alega a falta de tempo para atender aos familiares. ⁽¹⁾.

Entre os fatores que dificultam esses processos de integração e vínculo, está o desconhecimento por parte da equipe de enfermagem frente ao modo de ser e de perceber dos familiares ⁽⁵⁾. Está em poder da enfermagem, enquanto profissão que enfatiza o tratamento personalizado e holístico, realizar as ações que poderiam viabilizar o entendimento e a compreensão da internação em UTI, tanto por parte dos sujeitos nela internados quanto de seus familiares. É essencial o acompanhamento do familiar, pela enfermagem, durante a internação, principalmente no momento da primeira visita ao seu familiar hospitalizado, para lhe prestar apoio e orientação no que for necessário além do que essa atitude poderá minimizar a visão de unidade hostil ⁽¹³⁾.

TEMA 3: Relação equipe de enfermagem e familiares

IC3: Falta de comunicação e as informações divergem.

DSC 3: *Falta comunicação entre a equipe, imagine com a família que está na sala de espera. Dependemos deles e temos que ficar esperando isso não é aceitável. Sempre que precisei falar com alguém, procurava por uma enfermeira e fui atendida. Dentro da UTI todos os profissionais deveriam ter a mesma linguagem, ter unanimidade nas informações, pois é um campo de guerra e tem que ser uma informação só. O familiar é como um leão que não comeu nada e ele quer um pedaço de carne, ele quer resposta as suas angústias. Se quisermos saber alguma coisa temos que acionar a campanha e aguardar, então recebemos as informações. Às vezes se torna difícil porque um passa pro outro, vem um da enfermagem e pede para falar com a enfermeira e*

essa solicita que aguarde o médico para informar, que muitas vezes demoram até dias. Acho que eles tem que se fazer entender com o pequeno, com o esperto, com o malandro, nós precisamos conversar . Acho que o bom profissional é aquele que consegue dialogar até com um analfabeto até com aquele que não entende nada e o profissional se fazer entender. A comunicação está sendo esquecida.^{F1, F4, F4, F12, F17}

O DSC3 denota que o que os familiares esperam dos profissionais da UTI está focado no receber informações sobre o seu familiar hospitalizado. O discurso aponta que os familiares recebem informações, porém repassadas de forma informal e às vezes desencontradas. Transparece também no discurso que as informações só ocorrem se o familiar solicitar, gerando situações de desconforto para os familiares, pois muitas vezes observam, além da morosidade no atendimento as informações, falta de comprometimento dos profissionais em fornecê-las.

Estudos apontam que é importante, que as informações sejam claras, concisas e com linguagem apropriada, permitindo que os familiares perguntem e digam o que pensam e sentem, bem como, incentivá-los a falar sobre a situação. A equipe da UTI deve evitar termos técnicos e jargões de difícil entendimento, porém isso não significa que devam utilizar termos incorretos ou imprecisos.⁽⁷⁻¹⁴⁾

Ainda com relação às informações aos familiares há a necessidade de pessoas capacitadas para transmiti-las, visando à compreensão e satisfação do familiar. Deve ser um membro da equipe que se preocupe em fornecer as informações evolutivas que traduzam confiança e segurança para quem ouve. O familiar se queixa, muitas vezes, não apenas da maneira como o profissional transmite a informação, mas principalmente, da sua incapacidade de esclarecer suas dúvidas⁽¹⁵⁾.

A falta de informação gera ansiedade e intensa mobilização de energia, por parte da família, dependendo dos tipos de personalidades e circunstâncias, sendo a ansiedade expressa de várias maneiras: muitas vezes, negativas, agressivas e outras vezes, passivas e ausentes⁽¹⁶⁾.

O que se constata nas UTIs é que o diálogo com os familiares é pontual, e poucas vezes se vê o profissional acompanhando o momento da visita, ou presente nos momentos de maior angústia do familiar. Em alguns serviços o horário de visitas coincide ou ocorre próximo ao horário de troca do plantão, rotina que “não pode ser interrompida”⁽¹⁷⁾.

Com o intuito de organizar as informações dadas aos familiares, no sentido de evitar divergências, há autores⁽¹²⁾ que defendem a

padronização das informações, porém há outros ⁽¹⁾ que a refutam pelo risco de tornar-se mais uma rotina a ser cumprida, descaracterizando a individualidade dos familiares quanto as suas necessidades de informações.

Um fato importante a ser registrado é o de que na UTI, onde este estudo foi realizado, a equipe médica, mesmo tendo conhecimento de uma normativa administrativa no qual o plantonista deverá fornecer informações do paciente para o familiar no momento da visita, isso não ocorre. Essa situação ocasiona um tumulto na unidade, pois os familiares, saem da beira do leito e dirigem-se até os profissionais de enfermagem, solicitando algum informação, como evidenciado no DSC 4. Além disso, em alguns momentos, o que aflige a equipe de enfermagem são as manifestações ou expressões dos familiares ao saírem da UTI, muitas das vezes, em prantos, deixando a equipe angustiada, e apreensiva.

Os estudos apontam as dificuldades dos familiares em ter acesso a quem detém as informações. O ideal seria existir uma pessoa devidamente treinada, que soubesse de cada paciente, para transmitir as informações necessárias⁽¹⁸⁾.

A presença do enfermeiro junto aos familiares deve possibilitar a troca de informações da evolução do paciente, por meio de uma comunicação efetiva, contribuindo para a identificação de dificuldades dos familiares e oferecendo o apoio necessário⁽¹⁸⁾.

As relações de cuidados com a família ocorrerão no momento em que a enfermagem responder ao chamado da família, quando perceber e for sensível as suas necessidades. Ao ouvir atentamente a família, seus sentimentos, ao esclarecer suas dúvidas, prepará-la melhor para o encontro com o seu familiar doente, ao oportunizar maior tempo para esse encontro, dentre outros cuidados, o enfermeiro estará contribuindo para o bem estar e estar melhor do familiar⁽¹⁾.

A falta de um local privativo, para efetivar a troca de informações entre os familiares e a equipe de UTI, torna a comunicação impessoal, dificultando o encontro. No contexto deste estudo os únicos locais disponível para informações ou é na entrada da UTI ou na sala de espera como já informado. Essa sala é utilizada para as diferentes unidade se internação naquele andar do hospital, com grande fluxo de pessoal durante o horário de visita, na qual encontram-se grupos diferentes de pessoas, com suas diversidades sem que haja à menor privacidade. Sabe-se contudo que essa realidade não é local.

TEMA 4: Necessidades dos familiares na sala de espera

IC 4: Necessidades expressadas pelos familiares na sala de espera é de ter um enfermeiro para fornecer informações, mais horários de visitas e orientações frente a tecnologia utilizada na UTI.

DSC 4: *Seria interessantíssimo se tivesse alguém na sala de espera que nos informasse, alguém com civilidade, que saiba conversar com as pessoas. um enfermeiro seria o melhor, pois é ele que está próximo ao paciente o tempo todo. Não tem ninguém na sala de espera para orientar e também temos pouco contato com a equipe da UTI. Está bom o tempo de 30 minuto para a visita porque eu acho que visita é visita, não ficar ali todo o tempo com o paciente, porque eles tem que descansar. Acho necessário ter mais horários de visita, você entra ao meio dia e se não pode voltar no final da tarde, aí você fica a noite inteira e só vê no outro dia ao meio dia. Deveria ter um horário de visita de manhã, ao meio dia e a noite, porque aí você fica mais calma e não passaria a noite inteira pensando será que melhorou e ainda espera mais uma manhã inteira. Acho que o tempo de visita poderia ser, não de 30 minuto mas de 15, os outros 15 minutos poderia ser no parte de manhã, porque não precisa ficar muito tempo, se a gente entrar cinco minutos, já vai se saber se deu uma reagida ou não. Em relação a UTI, sei muito pouco, os enfermeiros falam alguma coisa, mas gostaria de saber mais. Se eu entendesse os aparelhos, pelo menos para que servem e os níveis, seria melhor, para saber se está bem. Mas mesmo assim, fico torcendo que chegue a hora de entrar lá para ver ele.*^{F1, F2, F4, F12, F18,}

No DSC5, observamos a insatisfação frente aos horários de visitas, bem como a necessidade de ter um enfermeiro na sala de espera para realizar as orientações e repassar informações pertinentes ao pacientes e a unidade, atendendo as necessidades dos familiares. Neste momento, é de extrema importância a atuação do enfermeiro com a função de orientação, além do papel que assume como intermediador entre o paciente e sua família, num ambiente e condição estressantes para ambos. A orientação e a informação, em geral, tranquilizam o indivíduo, pois quando este tem suas dúvidas esclarecidas, ele sente-se mais seguros e confiantes^(1;5;20).

Porém, um dos maiores desafios para a equipe da UTI, é atender as necessidades que cada membro da família demanda, pois elas variam de um indivíduo para outro e a enfermeira possui um tempo escasso por estar em constante vigilância ao paciente crítico⁽⁵⁾.

A falta de informação e a dúvida frente à evolução da situação clinica constituem importantes fator de angústia em pacientes e seus

familiares. A dúvida normalmente causa preocupação e ansiedade nos familiares, que esperam angustiados o momento da visita para verem o seu familiar doente e de preferência, receberem boas notícias. Nesse caso, entende-se por boas notícias, informações relacionadas à melhora do estado clínico do paciente, ao aumento da probabilidade de cura e à diminuição do risco de morte. Agir de forma adequada, com palavras sinceras, simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a qualidade do cuidado ^(5;21).

O fato da família estar informada sobre o estado de saúde do paciente, como ele irá encontrá-lo, o porquê dos dispositivos nele instalado dentre outras informações, e de poder perceber nos profissionais de enfermagem a preocupação com o seu bem estar e o estar melhor, disponíveis em ouvir seus sentimentos e necessidades, poderá influenciar positivamente no seu enfrentamento a doença aguda grave e a hospitalização em uma UTI ⁽¹⁾.

Freqüentemente as necessidades dos familiares são ignoradas ou esquecidas devido ao fator tempo; à falta de conhecimento em como lidar com os membros da família e à falta de compreensão de suas reais necessidades. Geralmente, o contato da equipe com os familiares é breve e quando isto ocorre os assuntos discutidos são muitas vezes os problemas vistos pela enfermeira e não pelo familiar. Os regulamentos que permitem à visita de apenas uma pessoa, freqüentemente, reduzem o número de vezes que os membros da família vão ver a mesma enfermeira em um dia. ⁽⁵⁾, dificultando o vínculo.

Se os trabalhadores de enfermagem utilizarem o diálogo na relação com o familiar, irão valorizar esses e outros fatores que sinalizam o desconforto do familiar do paciente em UTI, e, coletivamente, poderão desenvolver tecnologias leves de cuidados (acolhimento) ao familiar, que lhe possibilite um melhor enfrentamento dessas situações ⁽¹⁾.

Mesmo tendo os enfermeiros consciência da necessidade da assistência humanizada, o que ainda predomina na UTI é o cuidado técnico, desconsiderando a subjetividade do paciente e mais ainda do familiar ^(1; 4;19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Discursos do Sujeito Coletivo revelaram um emaranhado de sentimentos com os quais os familiares convivem em seu dia-a-dia, durante a hospitalização de seu parente na UTI e em especial no momento que antecede a visita. Dos sentimentos revelados destacam-se

a angústia, o medo, a impotência e a tristeza.

A necessidade de informação permeou todos os DSC, denotando o pouco ou inexistente relacionamento da equipe da UTI com os familiares... O estudo revelou também que o período que antecede a entrada dos familiares na UTI, é de ansiedade, angústia e de muita expectativa. Acredita-se que esses sentimentos seriam minimizados se, o espaço da sala de espera, fosse ocupado por multiprofissionais da saúde, em especial enfermeiros, que oferecessem o acolhimento a esses familiares, preparando-os para a visita ao seu familiar internado, escutando-os e esclarecendo dúvidas, atendendo as suas necessidades.

Acredita-se que isso requer além de uma estrutura física, que ofereça conforto e privacidade aos familiares; sensibilização, preparo, reconhecimento e valorização dos sentimentos e necessidade dos familiares pelos gestores e demais profissionais que atuam em unidades críticas. O estudo veio corroborar com vários outros, alguns aqui citados, sobre a necessidade de incluir o familiar como sujeito do cuidado da equipe da UTI. Nesse sentido, espera-se que, no lado de fora e dentro da UTI ocorram ações acolhedoras para os familiares, ajudando-os a enfrentarem a hospitalização de um familiar na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento ERP. Acolhimento no espaço das relações na Unidade de Terapia Intensiva. [Tese Doutorado em Enfermagem] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
2. Motta MGO. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004, p. 153-67.
3. Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. Rev. Latinoam Enferm. 2002.
4. Soares M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Brás. 2007;19(4).

5. Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos *Acta Paul Enferm* 2007;20(1):37-43.
6. Corrêa AK, Sales CA, Luciana S. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. *Acta Scientiarum*, Maringá, 2002; 24(3):811-8.
7. Gotardo GIB, Silva CA. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *R Enferm UERJ* 2005;13:223-8.
8. Freita KS. Necessidade de família em Unidade de terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
10. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev.latino-am. enferm.* 2002 maio/jun. 10(2): 345-357.
11. Silva LD. Assistência ao doente crítico: fundamentos para a enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. p. 1-16.
12. Pettengill MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem*, nov-dez, 2005.
13. Matsuda LM, Victor ACS, Évora YDM, Mello GARN. A comunicação verbal da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto durante o processo de visita: perspectiva dos visitantes An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. May. 2002.
14. Ferrioli DR et al. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Fam.Saúde. Desenvolv.* 2003;5 (3):193-202.

15. Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. REE, 2007; 9(2):315-328
16. Lunardi Filho et al. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Gerais. Fam.Saúde Desenvolv. 2004; 6(2):100-
17. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. Rev. Gaúch. Enferm. 2007.109.
18. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4): 423-9.
19. Salicio DMB, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Revista eletrônica de enfermagem v.08 n.03, 2006, p. 370 -376.
20. Colognese ETS. A inclusão do familiar em situação de urgência e emergência sustentada no discurso do sujeito coletivo. [Dissertação Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 104 p.
21. Villa VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev.latinoam. enferm. 2002 mar/abr; 10(2): 137-144.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compararmos os resultados dos dois estudos, que constituíram essa dissertação, quais sejam: revisão da literatura e a pesquisa de campo, podemos afirmar que houve congruência nos achados. Ambos encontraram como necessidades/sentimentos dos familiares relacionados a internação de um familiar na UTI, o acesso a informação de maneira clara, objetiva e sincera, e flexibilidade nos horários de visita. Os Discursos dos familiares revelaram um emaranhado de sentimentos que eles convivem em seu dia-a-dia, durante a hospitalização de seu parente na UTI e em especial no momento que antecede a visita. Dos sentimentos revelados destacam-se a angústia, o medo, a impotência e a tristeza. Acredita-se que esses sentimentos serão minimizados quando o espaço da sala de espera, for ocupado por profissionais da saúde, em especial enfermeiros, que ofereçam o acolhimento a esses familiares, preparando-os para a visita ao seu familiar internado, escutando-os e esclarecendo dúvidas, atendendo as suas necessidades.

Quanto a revisão da literatura observamos que os temas comunicação e sentimentos estão sendo muito discutidos pela enfermagem de terapia intensiva nos últimos anos, com o intuito talvez, de encontrar maneiras de mudar a relação família/profissionais de enfermagem ainda tão distante.

Estudos que subsidiam a necessidade de mudança de atitude dos profissionais em relação a família em UTI, estão sendo publicados e são de fácil acesso, porém constata-se na prática assistencial que pouco ou nada tem sido feito para mudar a realidade apontada neste estudo. É importante, para que haja a mudança, vontade política das instituições, no preparo do ambiente e de pessoal para atender o familiar, sensibilidade e disponibilidade dos profissionais, dentre outros, .

Com relação às facilidades na elaboração deste estudo, citamos a afinidade com o tema e o acesso as publicações que embasaram o estudo. Apontamos como dificuldades o tempo pra a conclusão do estudo, principalmente para atender a nova **Resolução 001/PEN/2008 de 10 de julho de 2008** que determina o envio de um artigo para publicação antes da defesa da dissertação e a dificuldade no entendimento da própria composição/estrutura do novo formato de apresentação.. Sabemos entretanto que todo processo de mudança requer um tempo para ser ajustado e compreendido.

REFERÊNCIAS

BECK, C. L. C. O processo de viver e morrer: vivências com familiares de pacientes internados em terapia intensiva. *Texto & contexto enferm.* v. 10, n. 3, p. 118-137, set./dez 2001.

BETTINELLI, L. A.; ROSA, J.; ERDMANN, A. L. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2007.

BETTINELLI, L. A. *Cuidado solidário*. Passo Fundo: Gráfica e Editora Pe. Berthier, 1998.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. *Rev. Latinoam Enferm.* 2002 jan./fev.

BOMFIM, A. C.; BASTOS, A. C.; CARVALHO, A. M. A. A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. *Rev. Brás. Crescimento Desenvol. Hum.* n. 1, p. 84-94, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*: política nacional de humanização. Brasília, 2004.

CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologia para a assistência de enfermagem*: teorização, modelo e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA, D. F. J.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev. Latinoam Enferm.* v. 16, n. 1, 2008 jan./fev.

COLOGNESE, E. T. S. *A inclusão do familiar em situação de urgência e emergência sustentada no discurso do sujeito coletivo*. [Dissertação Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 104 p.

CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; LUCIANA, S. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. *Acta Scientiarum*, v. 24, n. 3, p. 811-8, 2002.

CUNHA, P. J. C.; ZAGONEL, I. P. S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. *Rev. Eletrônica Enferm.* v. 8, n. 2, p. 292-7, 2006.

ELSEN, I. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Ed.UFSC, 1994.

FREITA, K. S. *Necessidade de família em Unidade de terapia Intensiva*: Análise comparativa entre hospital público e privado. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm UERJ.* v. 13, p. 223-8, 2005.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* v. 39, n. 4, p. 423-9, 2005.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. *Rev Bras Enferm.* v. 60, n. 2, p. 184-9, 2007 mar-abr.

KOIZUMI, M.S.; et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. *Rev. latinoam. enferm.* v. 6, n. 3, p. 33-41, 1998 jul.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo*: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev.latinoam. enferm.* v. 10, n. 2, p. 345-57, 2002 maio/jun.

MALDONADO, M. T. *Maternidade e paternidade*. Petrópolis: Vozes; 1989.

MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. *O viver em família e sua interface*

com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p.183-97.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*; v. 20, n. 1, p. 37-43, 2007.

MATSUDA, L. M.; et al. A comunicação verbal da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto durante o processo de visita: perspectiva dos visitantes. In: SIMP SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM. 2002.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M. Acolhimento: uma reflexão acerca da alteridade na relação entre trabalhadores e usuário no trabalho da rede básico de saúde. In: Simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem. Ribeirão Preto: 2002. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid>.

MILANESI, K.; et al. O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*. v. 59, n. 6, p. 769-74, 2006 nov-dez.

MINAYO, M. C. S.; et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec – Abrasco; 1993.

MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* v. 12, n. 2, p. 198-203, 2004 março-abril.

MONTEFUSCO, S. R.; BACHION, M. M.; KYOSENNAKATANI, A. Y. A avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomiada NANDA. *Texto & Contexto Enferm*. v. 17, n. 1, p. 72-80, 2008 Jan-Mar.

MOTTA, M. G. O. *O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais*. [Tese Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

MOTTA, M. G. O. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In:

ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M. R. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 153-67.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005.

NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. O poder institucionalizado da Enfermagem na unidade de terapia intensiva: O Cenário Real X o Cenário Idealizado. *Texto & Contexto Enferm*. v. 9, n. 3, p. 193-215, 2000 ago/dez.

NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da Enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. *Nursing*. n. 29, 2000 out.

NASCIMENTO, E.R.P. *Acolhimento no espaço das relações na Unidade de Terapia Intensiva*. [Tese Doutorado em Enfermagem] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

NASCIMENTO, E. R. P. *Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na teoria de Imogene King*. [Dissertação Mestrado em Enfermagem] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1991.

OLIVEIRA, F. P. T.; SANTOS, G. S.; SILVA, L. S. A Percepção do Paciente sobre sua Permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Nursing*. v. 60, n. 6, 2003 maio.

OLIVEIRA, M. E. *Cuidado Humanizado*: Possibilidade e desafios para a prática de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

ORLANDO, J. M. C. *UTI muito além da técnica*: a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu, 2001.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro na UTI. *Rev.latinoam. enferm*. v.15,

n.2, p. 199-206, 2007 mar/abr.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. ***Fundamentos de pesquisa em enfermagem***: métodos, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed.

PUCCINI, P. T; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. ***Cad Saúde Pública***.v. 20, n. 5, p. 1342-53, 2004 set/out.

RIBEIRO, N. R. R. **Famílias vivenciando o risco de vida do filho**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

ROCHA, P. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. ***Rev Bras Enferm***.v. 61, n. 1, p. 113-6, 2008 jan-fev.

RODRIGUES, M. S. ***A visita de familiares como terapêutica no processo de assistência de enfermagem***. [Dissertação Mestrado em Enfermagem] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. ***Rev Bras Enferm***. v. 58, n. 3, p. 305-10, 2005 maio-jun.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C.; MORAES, A. L. H. O significado de família pra casais homossexuais. ***Rev BrasEnferm***. v. 60, n . 5, p. 559-63, 2007 set-out.

SCHNEIDER, D. G. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. ***Texto & Contexto Enferm***. v. 17, n. 1, p. 81, 2008 Jan-Mar.

SILVA, L. D. ***Assistência ao doente crítico***: fundamentos para a enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2001. p.1-16.

SILVEIRA, R. S.; et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. ***Texto & Contexto Enferm***. 2005; 14(Esp.):125-130.

SOARES, M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Brás. Enf.* v. 19, n. 4, 2007out/dez.

TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. 3, p. 371-7, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1990.

URIZZI, F.; CORRÊA, A. C. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev. latinoam. enferm.* v. 15, n. 4, 2007 jul/ago.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

VILLA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev.latinoam. enferm.* v. 10, n. 2, p. 137-44, 2002 mar/abr.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

ZERBETTO, S. R.; RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento não diretivo do enfermeiro com paciente em processo de ressocialização. *Rev. latinoam. enferm.* v. 5, n. esp. P. b77-83, 1997 maio.

Apêndice A – Roteiro para entrevista com os familiares na sala de espera da UTI

Dados Objetivos:

Profissão do familiar:

Tempo de hospitalização do familiar na UTI:

Município de origem:

Grau de parentesco:.....

Sexo:.....Idade:.....

Dados subjetivos:

1) Como o Sr/Sra descreve ou relata o fato de ter um familiar hospitalizado na UTI?

- Poderia indicar qual/quais os sentimentos/emoções mais lhe aflige ou incomoda?

- Como o Sr/Sra percebem/avaliam/descrevem o momento que antecede a sua entrada na UTI para a visita?

- O Sr/Sra tem recebido alguma assistência dos profissionais que trabalham na UTI? Se sim, qual o profissional ? Que assistência está recebendo ou recebeu?

2) O Sr/Sra poderia informar se existe algum cuidado que gostaria de receber e não recebeu? Que sugestões daria?

3) Na sua opinião que profissionais da equipe podem responder as suas dúvidas? Porque?

Outras informações que gostaria de acrescentar:

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PARTICIPANTE _____

Ao assinar este documento, estou consentido em ser entrevistado(a) pela Mestranda/Pesquisadora Gloriana Frizon, que está realizando estudo intitulado “Sentimentos revelados pelos familiares numa sala de espera de uma Unidade De Terapia Intensiva: Intervenções do enfermeiro, que tem como objetivo Compreender os sentimentos revelados pela família na sala de espera da UTI e definir intervenções do enfermeiro para o atendimento a família na sala de espera da UTI.

Declaro, na oportunidade, que a mestranda prestou-me ainda as seguintes informações:

Minha participação no estudo é de caráter voluntário e poderei interrompê-la assim que desejar.

Participar do estudo sem obter benefícios e ônus financeiros advindos do mesmo.

O uso do gravador em nosso encontro, necessário para que a mestranda/pesquisadora não perca nenhuma informação, será realizado com o meu consentimento, desde que eu não seja identificada nominalmente.

Meu depoimento gravado será transcrito pela mestranda/pesquisadora, e poderá fazer parte do conteúdo da pesquisa.

O conteúdo da fita será utilizado somente para esta pesquisa e ficará sob guarda da mestranda/pesquisadora até a publicação do estudo, após o que, deverá ser apagado.

Se eu desejar interromper minha participação nesta pesquisa, qualquer momento, sei que poderei telefonar para Gloriana Frizon, fone (49) 3322 5888, e-mail: gloriacco@uol.com.br.

Assino este consentimento livre e esclarecido, do mesmo modo que a mestranda o faz, pois nos comprometemos, igualmente, a atender às disposições acima descritas.

Chapecó...../...../.....

Participante

Mestranda

Anexo A – Instrução Normativa 001/PEN/2008



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax.: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Instrução Normativa 01/PEN/2008

Florianópolis, 10 de julho de 2008.

Dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 09/07/2008 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Aprovar o novo formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já publicados, submetidos à publicação ou no formato final para encaminhamento ao periódico.

3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a conter uma visão de conjunto do trabalho de pesquisa. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial Teórico-metodológico/método
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado)
- artigo 1
- artigo 2
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

- Referencial Teórico-metodológico/método
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado)
- artigo 1
- artigo 2
- artigo 3
- Discussão geral da tese
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

- a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico. As normas do periódico deverão constar como anexos do trabalho;
- b) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a legislação vigente na UFSC;
- c) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado;
- d) No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;
- e) O artigo que se caracterize como pesquisa bibliográfica já deverá estar submetido ou publicado. Já os demais artigos deverão estar no formato final para submissão ou poderão estar submetidos à publicação.

Esta Instrução Normativa entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da UFSC



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPSSH**

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721 9206

PARECER SUBSTANCIADO – PROJETO N° 083/09

1 – Identificação:

Nome do projeto: Sentimentos revelados pelos familiares na sala de espera de uma UTI: atuação do enfermeiro
Pesquisador responsável: Profª. Drª. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Pesquisadora Principal: Mestranda Gloriana Frizon
Instituição responsável: Programa de pós-graduação em Enfermagem
Área temática: Enfermagem

2 - Justificativas e objetivos do projeto: Adequado

3 - Descrição clara do desenho e metodologias do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase de pesquisa): Adequado

4 - Referência sucinta aos critérios de participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa): Adequado

5 - Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos: Adequado

Com base nos aspectos relatados, temos a considerar:

- Quanto à pertinência e valor científico do estudo proposto:

A pesquisa proposta possui como objeto de estudo compreender os sentimentos revelados pela família na sala de espera da UTI, no sentido de contribuir na definição da intervenção do enfermeiro para o atendimento da mesma. Em se tratando dos objetivos delineados, na relevância do tema, no potencial dos dados a serem coletados e na possibilidade de efetiva abrangência dos resultados, avalia-se que o projeto contém valor científico pertinente.

- Em relação a adequação da metodologia aos objetivos perseguidos:

Os procedimentos metodológicos estão detalhados e suficientemente articulados, combinando as dimensões teórico-metodológica e empírica de forma consistente, possibilitando a construção de dados significativos acerca do objetivo e objeto desenhados.

Registra-se, portanto, uma correlação adequada entre os objetivos da pesquisa, os instrumentais metodológicos para coleta dos dados especialmente complexos, uma vez que remetem à subjetividade dos sujeitos da pesquisa.

O processo de investigação será complementada por revisão bibliográfica.

- Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas:

Embora trate-se de pesquisa sobre os sentimentos dos familiares, a relação dialógica adotada não prevê riscos potenciais no protocolo.

- Avaliação do binômio riscos-benefícios:

Não existem riscos relacionados à participação dos entrevistados.

Por outro lado, há benefícios arrolados às possíveis melhoras no cuidado da enfermagem junto à família, bem como seu impacto como subsídios de novas pesquisas.

Assim, frente à ausência de riscos aos sujeitos da pesquisa, os benefícios previstos são inequívocos, na medida em que este estudo alcance os resultados esperados em termos de novos conhecimentos.

- Aspectos finais.

A instrução do processo está completa e adequada.

Os compromissos exigidos do pesquisador estão corretamente apresentados.

Os custos da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Estão preservados os princípios referentes à garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa, quanto a informação, privacidade, recusa e desistência, bem como acesso ao pesquisador.

- Termo de Consentimento

A análise do termo de consentimento revelou o preenchimento dos requisitos de *concisão e objetividade*, com linguagem técnica pertinente aos sujeitos. Os procedimentos foram apresentados, esclarecendo a ausência de qualquer desconforto, com a explicitação das garantias referentes ao sigilo e as desistências intempestivas. Não estão firmados exageros, minimizações, restrições, solicitações injustificadas ou extrapolamento das autorizações.


V – PARECER CEPSPH:

(X) Aprovado *ad referendum*

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado *ad referendum* na data de 04 de maio de 2009.



Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSPH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

Anexo C – Instrução aos Autores – Revista Enfermagem UERJ



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

POLÍTICA EDITORIAL

A *Revista Enfermagem UERJ*, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista trimestral, que publica resultados de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina.

Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha.

A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação de diferentes áreas de conhecimento. Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>.

O processo editorial da *Revista Enfermagem UERJ* visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área. A abreviatura de seu título é *Rev enferm UERJ*, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

1. O material a ser submetido à avaliação para publicação deverá ser encaminhado por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados de cópia em CD Rom, contendo todos os arquivos, conforme as normas de "Composição do Manuscrito". Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em *attach-file*, evitando-se arquivos compactados, exceto quando o seu tamanho ultrapassar 1,00 Mb. Nesse caso, solicita-se o uso do *software WinZip*.
3. Anexar uma carta de encaminhamento aos Editores, que autorize o processo editorial do manuscrito e transfira os direitos autorais para a *Revista Enfermagem UERJ*, garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta de-

verá ser assinada por todos os autores (Ver modelo disponível na página da Revista).

Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar, também, declaração de que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou o estudo.

O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às três condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação.

Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

4. Todos os autores de cada artigo, sem exceção, deverão pagar assinatura da Revista.

PROCEDIMENTOS DA COMISSÃO EDITORIAL

1. Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, no que se refere à adequação dos textos às normas de publicação e, se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores *Ad-Hoc*.
2. Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de e-mail. No caso de remessa do material por e-mail, o autor deverá ficar atento à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretaria da Revista para o mesmo e-mail de remessa ou outro expressamente indicado pelo autor.
3. Encaminhamento a dois Consultores *Ad-Hoc* para emissão de pareceres técnico-científicos.
4. Os Consultores *Ad-Hoc* emitem seus pareceres em três modalidades: aceito sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, o autor será notificado das sugestões, devendo cumpri-las num prazo de 30 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, o autor será notificado das razões que justificam a decisão. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como contribuição nova. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do consultor. Os originais não publicados serão destruídos após seis meses da finalização da tramitação editorial.
5. A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

6. Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado ao autor o volume e o fascículo da Revista no qual o artigo será publicado.

7. No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes.

8. O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

DIREITOS AUTORAIS

A *Revista Enfermagem UERJ* detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores.

A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista Enfermagem UERJ. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido.

COMPOSIÇÃO DO MANUSCRITO

A *Revista Enfermagem UERJ* adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e incluam introdução, referencial teórico, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências - limitados a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras.

Obs: a contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras.

Os textos deverão ser digitados em processador de texto *Word Perfect* ou *Word for Windows*, versão XP ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas a partir da folha de introdução (p. 1) até o final das referências. Não deverá ser utilizada *nenhuma forma de destaque* no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem e recomendações:

1. Folha de Rosto Identificada

- Título pleno em português, não devendo exceder 15 palavras. Não devem incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamada para notas.

- Título em dois idiomas, compatíveis com o título em que o artigo foi escrito.

- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras.

- Nome de cada autor, seguido por titulação, afiliação institucional por ocasião da submissão do trabalho (mencionar o departamento, unidade acadêmica e universidade ou instituição, cidade e país).

- Indicação do autor e endereço para correspondência com os Editores sobre a tramitação do manuscrito, incluindo CEP, telefone, fax e endereço eletrônico (imprescindível para as remessas efetuadas por *e-mail*).

2. Folha de Rosto Não Identificada

- Título pleno em português, inglês e espanhol.

- Resumo e palavras-chave em português, inglês e espanhol.

Resumo em Português

O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas.

Palavras-chave

Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico. Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário *Descritores em Ciências da Saúde* (LILACS), quando acompanharem os resumos em por-

tuguês, e do *Medical Subject Headings* (MESH), quando acompanharem os *Abstracts*. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

3. Folhas com demais Resumos, em dois idiomas diferentes

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o *Abstract* (em inglês) e o *Resumen* (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de *keywords* e *palabras clave*, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês.

4. Corpo do Texto

Esta parte do manuscrito deve começar em uma nova página, não identificada, numerada com o nº 1, sem menção ao título do trabalho. Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos e subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecidos por uma linha em branco.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões *a tabela acima* ou *a figura abaixo*). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver). A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos *op. cit.*, *id.*, *Ibidem*. A expressão *apud* é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências. A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, ...)

5. Referências

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira le-

tra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

6. Anexos

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

7. Folha com Títulos de Figuras e Tabelas

Todas as figuras e tabelas deverão ser listadas separadamente, na última folha do texto, numeradas conforme indicado no manuscrito.

O total de tabelas / figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

8. Tabelas

Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente, compostas no *software MS-Excel* versão 2000 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura limitada a 8cm, 12cm ou 16cm.

A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

9. Figuras

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadram na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza). Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos *softwares MS-Excel* versão 2000 ou anterior, ou *Corel Draw* e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados.

A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar *scanner* para reproduzir figuras, utilizar resolução de 300 DPI nos modos *desenho* ou *gray scale*. Para assegurar a qualidade de reprodução, as figuras contendo desenhos não-computadorizados deverão ser encaminhadas impressas em qualidade de fotografia, em branco e preto.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

10. Notas

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto). As notas devem ser iniciadas pela qualificação profissional, afiliação institucional dos autores (mencionar o departamento, unidade acadêmica e universidade ou instituição, cidade e país) e indicação endereço

eletrônico do autor a quem o leitor do artigo poderá se reportar. Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

EXEMPLOS DE CITAÇÕES NO CORPO DO TEXTO

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.

Citação de um artigo/obra

Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência – conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto.

Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado:

Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹.

Citação de dois artigos/obras consecutivos

Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas.

Exemplo¹²... como os índices crescentes de violência urbana

Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos
Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas.

Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000.

Para mais de dois artigos/obras consecutivos

Vários especialistas^{1,6,8,12} têm recomendado...

O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12.

Citações de trabalho transcritas de fonte primária

A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim:

[...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...] ^{8,33}.

Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária.

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitada, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses.

Ex: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

EXEMPLOS DE LISTA DE REFERÊNCIAS

A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque.

Artigo de revista científica

Artigo-padrão

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Fa-

culdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. Rev enferm UERJ. 1997; 5: 517-20.

No referido exemplo, após o título abreviado do periódico (com um ponto final) especificar: ano da publicação, volume e páginas inicial e final do artigo. A paginação é sequencial por volume/anual.

No caso da paginação não ser sequencial por volume/anual, é obrigatória a especificação do número do fascículo.

Guimarães RM, Mauro MYC. Potencial de morbimortalidade por acidente de trabalho no Brasil - período de 2002: uma análise epidemiológica. Epístula ALASS (Espanha). 2004; 55(2):18-20.

Artigo no prelo

Não informar volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Exemplo:

Oliveira DC. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev Bras Enferm. No prelo, 2002.

Texto publicado em revista de divulgação comercial

Madv N. A cidade flutuante. Veja (São Paulo) 2002; 35: 63.

Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses.

Livro e outras monografias

Indivíduo como autor

Lopes GT, Baptista SS. Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999.

No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990

Livro publicado por um organizador ou editor

Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998.

Capítulo de livro ou monografia

Abrie JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.

Livro traduzido para o português

Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo : Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1979.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Evitar o uso de resumo como referência.

Francisco MTR, Clos AC, Larubia EO, Souza RM. Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicadores de risco entre estudantes. In: Resumos do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p. 181.

Trabalho completo publicado em anais de eventos
Santos I, Clos AC. Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: Anais do 9º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1997 set 6-10; Vitória, Bra-

sil, Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p. 68 - 88.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista

Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes. Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. Rev enferm UERJ. 1996; 4: 412-3.

Dissertação e Tese não-publicada

Silva MTN. Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La

administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web Site ou Homepage

Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov1988] Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>.

Artigos consultados em indexadores eletrônicos

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 05 set 2000]. 1: 1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Endereço para contato e envio dos trabalhos

Revista Enfermagem UERJ

Bd. 28 de Setembro, 157, sala 710.

CEP 20551-030. Vila Isabel - Rio de Janeiro - Brasil

Tel.: (21) 2587-6335 ramais 204 e 205

FAX.: (21) 2334-2074

E-mail: revenf.uerj@gmail.com

Web Site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>

FAÇA O *CHECKLIST* ANTES DE ENVIAR SEU MANUSCRITO

Antes de enviar o seu manuscrito, faça uma revisão cuidadosa do texto com relação ao Português, à digitação e às normas de publicação da *Revista Enfermagem UERJ*, como forma de garantir a qualidade e tornar o processo editorial mais rápido e eficiente.

Verifique, então, os itens abaixo:

Primeira submissão

Carta de encaminhamento assinada por todos os autores, contendo:

- () autorização para o início do processo editorial
- () concessão dos direitos autorais para a Revista
- () compromisso de respeito aos aspectos éticos de um trabalho científico
- () cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Uma cópia do manuscrito em CD (via correio) ou correio eletrônico:

- () espaço 1,5
- () folha de rosto identificada
- () folha de rosto sem identificação
- () resumo com palavras-chave

- () *abstract* com *keywords*
- () *resumen* com *palabras clave*
- () referências em espaço 1,5
- () anexos (se inevitáveis)
- () títulos de figuras e tabelas
- () máximo de três figuras e/ou tabelas
- () notas
- () limite de palavras conforme modalidade de artigo

Manuscrito reformulado

- () Carta de encaminhamento especificando alterações feitas e justificando aquelas não-efetuadas
- () Uma cópia do manuscrito em papel e uma em CD, no caso de encaminhamento pelo correio

Anexo D – Instrução aos Autores – Revista Brasileira de Enfermagem

Rev Bras Enferm - Instruções aos autores



ISSN 0032-7167 *versão
impressa*
ISSN 1984-0446 *versão
on line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Tipos de Artigos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Endereço para Submissão](#)

Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- Editorial,
- Pesquisa,
- Revisão,
- Ensaio,
- Reflexão,
- Relato de Experiência,
- Atualização,
- História da Enfermagem,
- Página do Estudante,
- Cartas ao Editor.

Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

a) Página dos Metadados: Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol; 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar sequencialmente os três resumos nesta página de identificação.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

c) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

d) Citação de Referências Bibliográficas: numerar as

referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação sequencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Rossato VMD, Kirchhof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004;57(3): 344-9.

Com mais de seis autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC,

Margareth QB, et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. *Acta Paul Enferm* 2004;17(3): 325-32.

Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. *MMWR* 1990;39(RR-21): 1-27.

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

Endereço para Submissão

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.
70830-030 - Brasília - DF - Brasil
Tel.: + 55 61 3226-0653
Fax: + 55 61 3226-4473



reben@abennacional.org.br

Anexo E – Confirmação do envio do artigo para a REBEn

----- Original Message ----- From: "Jussara Gue Martini" <jussarague@gmail.com>
To: "Eliane Regina Pereira do Nascimento" <pongopam@terra.com.br>
Sent: Saturday, February 13, 2010 12:32 AM
Subject: [REBEn] Agradecimento pela Submissão

Eliane Regina Pereira do Nascimento,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Os familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados e expectativas do cuidado" para Revista Brasileira de Enfermagem. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/reben/author/submission/26213>

Login: pongopam

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Jussara Gue Martini
Revista Brasileira de Enfermagem
reben@abennacional.org.br
Revista Brasileira de Enfermagem
<http://submission.scielo.br/index.php/REBEn>
